7

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1902 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 12 novembre 1902, à 1 heure

PAR

Alexis LE COUËDIC

Ancien externe des hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance publique
Interne des asiles de la Seine

DE L'ÉPITHÉLIOMA SÉNILE

DU DOS DE LA MAIN

Président : M. TILLAUX, *Professeur.*

Juges : MM. TERRIER, *Professeur.*
BROCA Aug., *Agrégé.*
LEGUEU, *Agrégé*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

36, Rue Serpente, 36

1902

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1902 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 12 novembre 1902, à 1 heure

PAR

Alexis LE COUËDIC
Ancien externe des hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance publique
Interne des asiles de la Seine

DE L'ÉPITHÉLIOMA SÉNILE

DU DOS DE LA MAIN

Président : M. TILLAUX, *Professeur.*

Juges : MM. TERRIER, *Professeur.* BROCA Aug., *Agrégé.* LEGUEU, *Agrégé*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

36, Rue Serpente, 36

1902

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE
Clinique médicale	LANDOUZY. HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY. LE DENTU TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD BUDIN
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON

Agrégés en exercice

MM.
ACHARD.
AUVRAY.
BEZANÇON.
BONNAIRE.
BROCA Auguste.
BROCA André.
CHASSEVANT.
CUNEO.
DEMELIN.
DESGREZ.
DUPRÉ.

MM.
FAURE.
GILLES DE LA TOURETTE.
GOSSET.
GOUGET.
GUIART.
HARTMANN.
JEANSELME.
LANGLOIS.
LAUNOIS.

MM.
LEGRY.
LEGUEU.
LEPAGE.
MAUCLAIRE.
MARION.
MERY.
POTOCKI.
RENON.
REMY.
RICHAUD.

MM.
RIEFFEL (chef des Travaux anatomiques.)
TEISSIER.
THIERY.
THIROLOIX
THOINOT.
VAQUEZ.
WALLICH.
WALTHER
WIDAL.
WURTZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MES MAITRES

A MES AMIS

J'offre ce modeste travail en témoignage d'inaltérable reconnaissance et de vive affection.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien à la Charité,
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur.

HISTORIQUE

Dès l'antiquité la plus reculée, le terme de cancer a servi à désigner toutes les tumeurs à marche envahissante et rapide, déterminant la mort. Mais ainsi pourvue de cette signification vague, l'acception du mot « cancer » resta longtemps singulièrement compréhensive et confuse, et, vers la fin du dix-huitième siècle, Hunter pouvait encore écrire avec raison : « Les maladies qui sont communément rangées sous cette dénomination sont très différentes par leur aspect, et le sont aussi très probablement par leur nature. »

Avec Laënnec, le cancer cesse d'être une unité mal définie. Cet auteur le fait dériver de tissus n'ayant point leur analogue dans l'économie, et en isole le squirrhe, cancer dur et l'encéphaloïde, cancer mou, division cliniquement et macroscopiquement exacte. Après lui, Cruveilhier, en découvrant le suc cancéreux, et en confirmant l'identité de nature, un moment ébranlée, de ces deux espèces de productions morbides, tire de l'anatomie macroscopique du cancer tout ce qu'elle pouvait donner.

Le microscope entra alors en scène, et chaque progrès dans les études d'histologie normale, eut son contre-coup

dans l'histoire anatomo-pathologique des tumeurs. Un des plus grands est résulté de cette conception de Remak, un peu modifiée par Virchow, qui s'exprime dans cet aphorisme « Omnis cellula e cellulâ ».

L'origine épithéliale du cancroïde fut du reste soupçonnée dès les premières applications du microscope à l'étude anatomique des tumeurs. Hannower puis Thiersh l'établirent d'une façon définitive.

Cependant le principe de l'hétéromorphie de Laënnec renaissait dans les ouvrages français sous la conception des blastèmes. Lebert et Broca soutinrent que les cellules du cancer avaient quelque chose de spécifique, et naissaient au sein d'un blastème lui-même spécifique : le blastème cancéreux.

La théorie épithéliale tendait à dévier aussi de son sens primitif, avec Virchow, qui s'efforçait de faire du tissu conjonctif l'unique matrice des productions néoplasiques. Mais Waldeyer vint renverser la doctrine de Virchow, consacra le triomphe de la doctrine du cancer d'origine épithéliale telle que Thiersh l'avait établie, et décréta définitivement, que toute tumeur dérive de l'aberration de développement d'un tissu. Dans le cas qui nous occupe, nous pouvons donc dire aujourd'hui que le cancer de la peau est dû à une aberration de prolifération des tissus épithéliaux qui la constituent, et le faire rentrer anatomiquement dans cette définition générique de Bard : « Les tumeurs sont le produit d'un processus tout spécial qui constitue une sorte de monstruosité du développement cellulaire, processus pouvant porter son action sur toutes les cellules naissantes. »

ETIOLOGIE

« Une influence constitutionnelle obscure, et une altération locale de structure le plus souvent d'ordre inflammatoire » voilà à quels termes essentiels, dit Quénu, se réduit l'étiologie générale de l'épithélioma.

En ce qui concerne les épithéliomes de la main, leur étiologie participe aux obscurités qui enveloppent encore l'étiologie des néoplasies en général.

L'observation clinique a cependant établi l'importance occasionnelle de certaines données, qui méritent bien d'être qualifiées, comme l'écrit Bard, d' « Influences étiologiques. »

Ces influences sont, les unes générales, les autres locales.

Les influences générales sont relatives à :

1° *L'âge.* — C'est surtout à partir de 45 ans que l'épithélioma cutané devient plus fréquent. On constate que la sénilité de la peau prédispose à l'épithéliomatisation, peut-être comme le veut Thiersh par une diminution de

la force de résistance de la trame conjonctive, vis-à-vis d'un pouvoir proliférant exalté des tissus épithéliaux.

2° *Hérédité et constitution.* — Le rôle de l'hérédité est certain, et on apprend souvent, des épithéliomateux que l'on observe, que leurs parents ou collatéraux ont présenté des tumeurs malignes ou des ulcères rongeants de la peau.

Plus discutable peut-être parce que plus complexe, se présente l'influence de la constitution. On a invoqué avec raison l'arthritisme, cette diathèse encore imprécise, qui se traduit par une déviation dans les phénomènes nutritifs des éléments anatomiques et des tissus. A la suite des causes diathésiques, il faut citer encore, comme influences générales, celles capables de déprimer le système nerveux, celle du régime, de l'alimentation, enfin celle de la race.

L'influence des causes locales, plus saisissable que celle des précédentes, tient dans cette formule de Quénu : « Toute irritation prolongée d'un revêtement épithélial, favorise la tendance de celui-ci, à devenir le point de départ d'un épithélioma. »

Nous citerons parmi les causes locales le plus souvent relevées :

Le traumatisme et les plaies mal cicatrisées : Bard explique leur rôle par ce fait qu'ils exagèrent les proliférations cellulaires, qu'ils créent par là une prédisposition réelle à l'apparition des tumeurs. Il suffit en effet que le nombre des cellules naissantes soit augmenté, pour que

s'accroissent par là même les chances d'en voir quelques-unes courir à des destinées pathologiques.

Peut-être le traumatisme agit-il encore parfois en créant des inclusions accidentelles, des tissus superficiels dans les tissus profonds.

Les cicatrices sont pour le cancer un point d'appel indiscuté. Ce sont surtout les cicatrices anciennes, ou celles qui ont mis longtemps à se former, qui subissent de préférence la dégénérescence épithéliale. Celles qui succèdent aux brûlures y sont le plus exposées puis celles qui suivent les plaies contuses.

Comme causes d'irritation locale, créant pour l'épithéliome des *loci minoris resistentiœ,* mentionnons encore certaines dermatoses qu'on a pu qualifier de précancéreuses.

La kératose précancéreuse (acnés sébacées partielles de Cazenave) constitue souvent la base de l'épithéliomatose multiple sénile. Coutumière de la face, elle peut aussi s'étendre parfois au dos des mains.

Rappelons enfin cette observation de Cartaz, où l'épithéliome se développa sur un vieux psoriasis de la main.

HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

On admet classiquement en France, avec Cornil et Ranvier, que les épithéliomes cutanés se subdivisent en deux espèces : l'épithéliome pavimenteux lobulé et l'épithéliome pavimenteux tubulé.

L'épithéliome lobulé est formé de masses bourgeonnantes, en lobules ou en gros boudins, renflés par endroits, composés de cellules qui subissent une évolution semblable à celle de l'épiderme. « Les cellules cylindriques et petites au bord des lobules, deviennent pavimenteuses, puis cornées ou colloïdes, à mesure qu'elles s'avancent vers le centre du lobule » où elles s'accumulent parfois en globes épidermiques.

Dans l'épithéliome tubulé, « le tissu fibreux qui forme le stroma de la tumeur est sillonné par des cavités en forme de tubes remplies de cellules pavimenteuses ne montrant pas d'évolution épidermique ».

Cette classification est exacte et s'applique parfaitement à la majorité des cas. Il faut reconnaître pourtant que certains d'entre eux ne s'en accommodent point et ne peuvent être rangés ni dans l'un ni dans l'autre groupe sans forcer les analogies.

On a été alors conduit à se demander quelle peut être la raison de la diversité, si grande d'aspect, des néoformations épithéliales, et on a pensé que les éléments de formation épithéliale devaient conserver des tendances morphogéniques et physiologiques spéciales et les conférer à leurs descendants.

On aurait pu distinguer dès lors : les épithéliomes de la couche de revêtement, et ceux des follicules pileux, des épithéliomes sébacés et des épithéliomes sudoripares. On pouvait poser comme hypothèse que les premiers seraient de la forme lobulée cornée, les seconds de la forme adénoïde et les derniers enfin des épithéliomes tubulés.

Mais en réalité, comme le dit Darier, à qui nous empruntons ces détails, il est presque toujours impossible de préciser, dans un cas donné, quelle a été l'origine réelle de la prolifération.

Quand on le peut, on constate souvent que plusieurs des formations normales, prennent part à la fois au bourgeonnement pathologique ; de plus, lorsqu'une seule d'entre elles semble en jeu, il n'y a aucune relation constante, entre ce point de départ et la forme anatomique qu'affectent les masses épithéliales néoformées.

Les épithéliomes s'ulcèrent toujours à un moment de leur existence. L'ulcération est causée par la désagrégation des cellules épithéliales, dont une partie subit une fonte muqueuse, les autres flottent dans le liquide ainsi formé. Il y a souvent une suppuration concomitante, due aux germes pyogènes importés.

La gangrène de portions plus ou moins étendues du néoplasme, sous l'influence de l'obstruction et de l'oblitération vasculaire, joue aussi un rôle important dans la formation et l'extension des ulcères cancroïdaux.

Nous allons illustrer maintenant cette brève description histologique des épithéliomes, par un exemple se rapportant immédiatement à notre sujet, montrant les particularités par lesquelles les épithéliomes de la main s'individualisent au milieu des épithéliomes tégumentaires autres. Nous l'extrayons du travail de MM. Mathias Duval et Blum, qui à ce propos mettent en relief ces notions jusqu'à eux un peu laissées dans l'ombre : « Les épithéliomes présentent des variétés cliniques, dont la gravité dépend du siège et du mode d'évolution, bien plus que de la structure histologique. Ils sont susceptibles, dans des conditions rares et exceptionnelles il est vrai, d'une guérison spontanée dans une étendue plus ou moins considérable ».

CONSTITUTION HISTOLOGIQUE D'UN ÉPITHÉLIOMA LOBULÉ ET PERLÉ DU DOS DE LA MAIN DROITE

Observation publiée dans les *Archives générales de médecine*, 1883, par MM. *Blum et Mathias Duval.*

Nous rapportons l'observation clinique de ce malade. Voir observation X.

On prend une parcelle de la tumeur enlevée, on la soumet à un long séjour dans la liqueur de Muller, puis à l'acide chromique et enfin à l'alcool. Ainsi préparée on fait dans cette tumeur des coupes fines, portant plus spécialement sur certaines parties, et voici ce que l'on constate :

Sur une coupe d'ensemble on reconnait une partie saillante qui répond à la section du bourrelet de la pièce, cette partie constitue la tumeur proprement dite ; on voit à ce niveau un tissu rappelant à ce faible grossissement, l'aspect général d'une glande, c'est-à-dire une division irrégulière en gros lobes, subdivisés en lobules, lesquels présentent eux-mêmes des saillies latérales en culs-de-sac irréguliers.

On voit qu'il s'agit d'un épithélioma lobulé et perlé. A droite de la coupe de la tumeur proprement dite, on voit une petite étendue de la peau saine ou commençant à être envahie par la néoplasie ; cette région, en effet, est formée à l'extrême limite droite de la coupe par de la peau saine ; on voit en allant de droite à gauche (vers la tumeur), des parties où la peau commence à être soulevée par des formations sous-épidermiques, d'abord peu apparentes, puis plus accentuées, de sorte que l'on a ici toutes les transitions entre les régions saines et les régions complètement envahies par la formation de l'épithélioma.

D'autre part, à gauche de la tumeur, on voit une région déprimée sur laquelle la partie la plus saillante de la tumeur, surplombe en forme de cap ; cette partie correspond à la région centrale de la pièce, région dans laquelle la formation cancroïdale paraît déjà, à l'œil nu, s'être résorbée, et en effet, les parties superficielles du derme sont parcourues par des tractus irréguliers d'aspect graisseux, qui ne sont autre chose que des lobules d'épithélioma, en voie de destruction.

L'épiderme se continue sans interruption sur toutes ces diverses parties de la pièce, un peu plus irrégulier et il s'en détache de fortes lamelles de desquamation, au niveau du bord saillant où la tumeur, proprement dite, surplombe la région en voie de rétrogradation.

Il nous faut étudier maintenant les coupes fines pratiquées dans la peau saine, dans la peau au début, puis à

la phase moyenne de l'envahissement, ensuite dans la tumeur même, et enfin dans la peau en voie de guérison :

1° L'examen de la peau saine ne doit pas nous arrêter longtemps : nous n'en donnerons ici une figure qu'afin d'avoir un point de comparaison.

On voit que les divers éléments de la peau se retrouvent ici conformément aux descriptions classiques, savoir, d'une part, l'épiderme avec les couches cornées et le corps de Malpighi ; ce corps repose sur une couche dermique papillaire formée de substance amorphe et d'un tissu conjonctif du derme, formé de faisceaux de fibres conjonctives et renfermant des vaisseaux relativement volumineux.

Dans cette peau saine, on trouve des poils, des glandes sébacées et des glandes sudoripares, mais ces éléments sont rares et clairsemés.

2° Examinée dans une région un peu plus voisine de la tumeur, la peau ne présente aucune modification quant à son derme et quant à la couche cornée de l'épiderme ; mais le corps de Malpighi présente une extension frappante : les dépressions interpapillaires de ce corps sont fortement développées. Elles s'enfoncent dans le tissu papillaire du derme, et là, quelques-unes d'entre elles se bifurquent et se renflent en massue comme des culs-de-sac glandulaires en voie de développement. On voit l'extrémité supérieure du canal d'une glande sudoripare ; cette partie n'a subi aucune modification, et l'examen de nombreuses préparations démontre que ni les follicules pileux ni les glandes sébacées ou sudori-

pares ne sont le point de départ des néoformations épidermiques ; celles-ci naissent exclusivement de tous les prolongements que la couche de Malpighi forme normalement entre les saillies papillaires du derme.

3° Dans une région toute voisine de la tumeur proprement dite, quelques-uns de ces prolongements interpapillaires du corps de Malpighi se présentent encore comme dans la région précédente, c'est-à-dire qu'ils sont plus ou moins tubuliformes ou légèrement renflés à leur extrémité profonde, laquelle n'arrive que vers la partie moyenne du tissu papillaire du derme. Mais quelques autres prolongements ont pris un aspect bien caractéristique : ils descendent dans l'épaisseur du derme deux ou trois fois plus profondément que les précédents, de façon à venir se loger dans le tissu conjonctif du derme en dépassant la couche papillaire. Ces prolongements en forme de grosse massue sont alors formés par un pédicule qui les rattache au corps de Malpighi de l'épiderme sus-jacent, pédicule qui tend à se rétrécir de plus en plus et par une portion profonde intra-dermique très fortement renflée, irrégulièrement sphérique.

4° Passons maintenant directement à l'examen d'une coupe fine du corps de la tumeur proprement dite :

a) Les lobules ou alvéoles du tissu épidermique sont disposés en chapelet les uns à la suite des autres, ou appendus latéralement les uns aux autres, les plus petits rattachés aux plus gros par des pédicules plus ou moins rétrécis.

b) Dans l'intérieur, au centre des gros lobules, des globules épidermiques sont disposés en nombre variable

avec leur aspect caractéristique de couches concentriques analogues aux écailles d'un oignon.

Notons encore que les cellules épidermiques les plus voisines de ces globules sont minces, aplaties et fort semblables aux éléments de la couche cornée de l'épiderme normal. Mais les cellules qui sont plus en dehors sont remarquables par leur volume considérable, leur gros noyau avec nucléole, et enfin par l'aspect lenticulé de leur contour.

Le tissu conjonctif qui forme, entre ces lobules, des travées ramifiées, est à ce moment riche en vaisseaux et en jeunes éléments cellulaires, groupés surtout au voisinage immédiat des vaisseaux.

5° Les formes de passage qui relient l'état de la peau au niveau de la tumeur, à l'état qu'elle présente dans les parties où la régression est complète, ces formes de passage ne s'observent pas égalemont bien sur tous les points de la périphérie de l'espace déprimé ; en quelques régions il n'y a aucune transition entre les alvéoles ou lobules épithéliaux largement développés, et les tractus d'apparence graisseuse. Faisons donc la description d'une coupe faite vers la partie moyenne de la région déprimée, circonscrite par le bourrelet de la néoformation.

C'est ce que nous montre la figure 6. Ici l'épiderme dans son ensemble est un peu plus mince que dans la peau saine. Comparativement à la peau saine, la différence essentielle se trouve dans le derme où le corps papillaire a disparu en tant que formé de substances amorphes avec fines fibres conjonctives ; on trouve, en effet, que le derme est ici constitué dans toute son

épaisseur par des faisceaux serrés de tissu conjonctif, faisceaux entrecroisés dans tous les sens et parcourus par un riche réseau vasculaire.

Il y a là un véritable tissu cicatriciel lequel s'est développé par transformation des éléments signalés dans les cloisons qui séparaient les alvéoles de la tumeur. De plus on trouve de place en place, dans ce tissu cicatriciel des masses de cellules à aspect graisseux, cellules dans lesquelles il sera facile de reconnaître des éléments épidermiques dégénérés et en voie de résorption.

Ces cellules sont très différentes les unes des autres, même pour des éléments placés côte à côte. Quant à leur degré de dégénérescence, les unes étant réduites à une petite sphère de matière caséeuse, les autres ayant conservé un noyau bien distinct et encore bien colorable par le carmin, c'est parmi ces dernières qu'on trouve des éléments qu'il est impossible de méconnaître comme cellules épithéliales.

De cette étude, deux conclusions importantes nous semblent nettement ressortir :

a) L'origine de la tumeur épithéliale est uniquement dans les parties interpapillaires du corps de Malpighi. Les follicules pileux, glandes sébacées et glandes sudoripares, ne prennent aucune part à la néoformation ; elles la subissent et quelques unes lui survivent, n'offrant que de légères déformations par compression.

b) La rétrogradation des éléments de la tumeur est due à un processus inflammatoire du derme, d'où formation de tissu conjonctif cicatriciel qui étrangle les lobules de la tumeur, les envahit et en amène la résorption.

INTRODUCTION

La constitution anatomique de la main imprime aux tumeurs de cette région une gravité générale qui dépend de l'importance fonctionnelle des parties compromises ; mais il y a plus : elle donne aussi un aspect tout particulier qui fait que ces tumeurs bridées par un derme épais lorsqu'elles sont sous-cutanées, développées sur des points souvent rétrécis, exposées à tout instant à des pressions, à des chocs plus ou moins violents, présentent rarement les caractères en général typiques qu'elles affectent dans les autres régions du corps.

C'est ainsi que nous trouvons à la main, rangés sous une même étiquette, des processus très différents cliniquement, sinon histologiquement.

Nous sommes, en effet, habitués, dès qu'on nous parle d'épithélioma, à concevoir immédiatement une tumeur évoluant rapidement avec envahissement précoce des tissus voisins, des ganglions lymphatiques et ulcération rapide, douleurs vives, troubles fonctionnels, cachexie spéciale aboutissant à la mort dans un laps de temps,

variant de quelques mois à deux ans au plus. Outre ces caractères de malignité aussi précis que communs, il y a encore la récidive presque fatale qui suivra l'ablation large.

Nous nous proposons d'étudier une variété d'épithélioma très particulière, spéciale presque à la vieillesse, relativement bénigne : par la lenteur de son évolution qui dure 10, 15, 20 ans et plus, par la rareté de l'engorgement ganglionnaire ou son apparition tardive, par l'absence presque complète de symptômes fonctionnels, enfin par la guérison fréquente (dans les cas types au moins) après ablation large de la tumeur. A ces caractères déjà bien tranchés, il convient d'ajouter que le siège de prédilection de ce genre de néoplasme est le dos de la main ou les premières phalanges des doigts, du pouce principalement.

Notre maître, M. le docteur Blum, a largement contribué à l'étude de cette variété de tumeurs de la main en en mettant en relief la relative bénignité basée sur des observations cliniques indiscutables, s'efforçant ainsi de l'isoler dans la vaste classe des cancers.

Nous ne prétendons pas, et c'est une réserve expresse de M. le docteur Blum, qu'à la main comme en toute autre région un épithélioma plus ou moins typique, à allures des plus malignes, ne puisse se développer et conduire à l'amputation de l'avant-bras ou à la généralisation.

De pareils cas furent observés chez des adultes et même chez des enfants. Mais de tels faits ne rentrent pas dans le cadre de notre sujet. Ce n'est pas l'épithélioma

que nous étudions, c'est un épithélioma évoluant sur un terrain spécialisé par l'artério-sclérose sénile et avec des caractères très particuliers.

Nous ne nions pas qu'il existe entre les deux types opposés de nombreux intermédiaires ; nous citerons même des observations d'épithélioma de la main rentrant dans le cadre de notre sujet, par un minimum de caractères communs. L'absolu n'existe pas en clinique.

SYMPTOMATOLOGIE

Autrefois appelé cancroïde, noli me tangere, chancre malin, ulcère chancreux, ulcère rongeant, cancer cutané, ulcère cancéreux primitif, cancer faux, cancer bâtard, épithélioma, épithéliome, cancer épithélial, il possède une richesse de dénominations qui montrent combien son aspect et sa marche ont impressionné différemment les cliniciens d'autrefois, tentés de le rapprocher de l'affection cancéreuse, tout en lui reconnaissant des caractères spéciaux.

DÉBUT

L'affection débute sous des formes variables, insidieuses :

a) Souvent ce sont des bouquets de papilles hypertrophiées reposant ou non sur une base unique et englobés dans une gaine épidermique, ou bien des granulations groupées au nombre de cinq ou six, grosses comme des grains de millet, faisant à la surface de la peau une

saillie hémisphérique. C'est grossièrement une verrue vulgaire.

« C'est à ces formes qu'on a donné le nom de « tumeurs « papillaires », nom qui mérite d'être conservé parce « qu'il rappelle l'origine de la lésion. La couleur de ces « petites productions est grisâtre ou rosée et l'on distin- « gue souvent dans leur voisinage des stries dont la « teinte est plus vive et qui sont formées par des capil- « laires dilatés (1). » Cette forme affecte une prédilection marquée pour le dos de la main.

b) D'autres fois, on observe dès l'origine une petite squame épidermique à bords plus ou moins délimités. Cette écaille ne fait souvent aucune saillie et même semble encavée. Dans quelques cas, au contraire, la squame est assez épaisse. La surface en est variable, tantôt molle, inégale, tantôt sèche, fendillée. C'est un mode de début assez rare.

c) Enfin, le cancroïde du dos de la main débute quelquefois par un tubercule grisâtre ou rosé, dont le volume varie de la grosseur d'un grain de froment jusqu'à celle d'un pois. Cette production fait à la surface cutanée une saillie hémisphérique, inégale, vaguement lobulée, sessile. Presque toujours on trouve à sa surface une pellicule au-dessous de laquelle est une surface à peu près unie. Ce mode de début est aussi rarement observé.

d) « Quand l'épithélioma a pour point de départ les « glandes sudoripares, la lésion présente souvent une « certaine largeur. La surface malade est ordinairement

(1) Heurtaux, art. « Cancroïde », in *Dict. Jaçcoud.*

« limitée par un bourrelet épais, ondulé, sinueux, de « couleur rougeâtre (1). »

e) On observe plus souvent, dès le début de l'affection « l'aspect fissuraire », grisâtre ou pointillé de rouge. Les bords de cette fissure sont taillés à pic ou indurés et n'ont aucune tendance à la cicatrisation. Cette forme serait néanmoins plus fréquente en d'autres régions, au voisinage des orifices naturels surtout.

NOMBRE

Presque toujours unique, la plupart de nos observations ne mentionnent, en effet, qu'une seule de ces tumeurs. Cependant le cancroïde de la main, comme celui des autres régions peut, être multiple. Ce fait serait plus fréquent dans les dernières phases de son évolution.

SIÈGE

Exceptionnel à la paume, l'épithélioma sessile siège généralement à la face dorsale de la main ou des doigts, du pouce surtout.

Dans la plupart des observations on sera frappé du peu de réaction éveillée par l'apparition de la tumeur. A peine le papillome, le petit tubercule d'apparence absolument banale éveille-t-il quelques petits picotements ou un léger prurit. Pendant des mois et des années la

(1) Heurtaux, in *Dict. Jaccoud*.

petite tumeur grossit, s'étend en surface, les démangeaisons augmentent. Le malade traite son affection comme une verrue vulgaire, et le pharmacien, toujours consulté le premier, ne manque pas de faire des applications répétées de caustiques variés (acide nitrique, acide sulfurique, chromique) qui amènent inévitablement l'ulcération du néoplasme.

Ou bien, le malade cédant au désir de se gratter, arrache de temps en temps la pellicule qui recouvre la tumeur ou la coupe avec un canif tout comme il ferait du « cor » le plus vulgaire. La surface grenue gris rosée mise à découvert ne tarde pas à se recouvrir d'une nouvelle écaille.

La lésion peut rester stationnaire pendant plusieurs années, surtout si le malade y touche peu.

Mais il arrive un moment où une ulcération superficielle s'établit.

Cette surface ulcérée laisse couler une faible quantité d'une humeur claire citrine qui se concrète à la surface et donne lieu à la production de croûtes inégales de couleur jaune grisâtre, quelquefois même presque noire quand une petite quantité de sang s'y est mêlée.

Ces croûtes de nouvelle formation peuvent acquérir une épaisseur qui leur donne une certaine ressemblance avec des cornes. Elles produisent des tiraillements et des démangeaisons, tombent d'elles-mêmes ou sont arrachées par le malade, se reproduisent ; la même série de phénomènes se renouvelle ainsi à quelques jours d'intervalle, et, à chaque fois, l'ulcération fait de nouveaux progrès.

L'envahissement du cancroïde est donc continuel, et, quand ses premières périodes ont été abandonnées à leur marche naturelle, l'ulcère qui en est le résultat présente des caractères dont la vue seule peut donner une juste idée.

C'est un fait remarquable de voir qu'aucun malade n'accuse de douleurs véritables. Pendant longtemps le malade se plaint seulement d'un prurit qui peut disparaître spontanément et qui est en tout cas plus désagréable que douloureux. Cette indolence est un phénomène regrettable en ce sens qu'elle empêche les malades de venir réclamer dès le début une intervention bénigne qui les guérirait radicalement.

La surface ulcérée a des dimensions variables qui peuvent aller depuis 1 ou 2 centimètres, jusqu'à 11 ou 12 centimètres de diamètre, quelquefois même plus. Ces dimensions extrêmes sont toutefois assez rarement observées. Habituellement le malade vient trouver le chirurgien quand la tumeur ulcérée depuis plusieurs mois déjà a coutinué à s'étendre malgré les traitements médicaux les plus variés. Elle a alors l'étendue d'une pièce de 5 francs environ.

Le fond de cet ulcère est taillé de la façon la plus irrégulière : en quelques points ce sont des excavations assez profondes, ailleurs des bourgeons charnus exubérants, saignant au moindre contact, qui dépassent le niveau des parties saines voisines en donnant à la lésion l'aspect classique d'un chou-fleur. Cette surface est tantôt rouge terne et violacée ; tantôt grisâtre, pointillée de rouge ou

couverte d'un enduit pulpeux. Le tout est finement granuleux, de coloration rose pâle.

La plaie sécrète un liquide sanieux, peu abondant généralement, d'une odeur fétide, analogue à celle qu'on a regardée comme spéciale aux tumeurs squirrheuses ou encéphaloïdes ulcérées. Dans les espèces de cavernes dont est creusé l'ulcère, il n'est pas rare de remarquer une matière blanchâtre caséeuse, composée de grumeaux offrant une ressemblance grossière avec un peloton de fil et constituée par un détritus d'éléments épithéliaux qu'on enlève avec facilité. Ailleurs la sécrétion sanieuse peut se concréter en petites croûtelles noirâtres peu adhérentes qui tranchent sur la coloration blafarde de l'ulcère.

Une autre particularité intéressante sur laquelle a beaucoup insisté M Blum (obs. *in Archives de médecine*, 1883, p. 137) est constituée par la présence de tissu cicatriciel rudimentaire dans les parties centrales de l'ulcération. Ce phénomène est loin d'être constant mais nous l'avons relaté dans plusieurs observations.

Dans l'observation de M. Blum, à laquelle nous faisons allusion, nous lisons : « La partie centrale en forme d'excavation, est rosée, et semble recouverte par une couche d'épiderme mince et lisse sauf en un point où on trouve une petite croûte qui saigne au moindre contact. »

Ce fait semble imprimer à la marche de cette variété d'épithélioma une particularité curieuse, l'extension annulaire : zone d envahissement actif et progressivement extensif a la périphérie avec ébauche de cicatrisation au centre.

Besnier et Doyon admettent aussi l'existence de cette particularité curieuse. « Souvent au centre de cet ulcère, « disent-ils, il se fait une exfoliation complète de l'épi- « thélioma, par suite de la formation d'une cicatrice à « la base, de sorte qu'il en résulte une cicatrice plate, et « l'ulcère cancéreux se réduit à un sillon étroit entourant « cette cicatrice. Quelquefois, l'éruption des granula- « tions sur les bords de l'ulcère peut cesser et le cancer « peut guérir spontanément au bout de 15 ou 20 ans. « Mais d'ordinaire un nouveau foyer se produit sur les « bords avoisinants. »

Ce fait peut avoir une portée plus grande, sur laquelle nous reviendrons, quand nous étudierons la gravité de l'épithélioma sénile de la main, en ce sens qu'il semble indiquer une bénignité relative de l'affection.

Il est à noter que la présence de rudiments de tissu cicatriciel a été confirmée par l'examen histologique et qu'il ne saurait exister le moindre doute sur l'existence de ce fait peu connu et que M. le docteur Blum a bien montré.

Nous reproduisons à ce propos une observation curieuse de Jacobson (*Berlin. Klinische Wochenschrift*, 1875) qui ne manque pas d'intérêt quoiqu'elle n'ait pas trait à l'épithélioma de la main.

Observation

Jacobson (*Klin. Wochensch.*, 1875).

Un homme âgé de 45 ans présentait depuis deux ans une ulcération circulaire au niveau du masséter gauche. Cet ulcère

était recouvert de granulations qui laissaient par places le muscle à découvert. Les bords étaient épaissis et indurés, se confondant en certains endroits sans transition avec les tissus voisins. Au bout de trois semaines l'ulcère commença à guérir sur son bord postérieur et inférieur et quinze jours après apparut sur le bord antérieur un îlot cicatriciel qui s'étendit progressivement.

Le microscope montra que la tumeur devait rentrer dans la classe des carcinomes granuleux de Waldeyer. Au centre de l'îlot cicatriciel il existait une couche d'épithélium stratifié d'où partaient des prolongements papilliformes vers les tissus sous-jacents.

Les couches superficielles étaient cornées, les profondes formées de jeunes cellules cylindriques dentelées (Stachel Zellen).

Au-dessous de l'épithélium existait une couche de granulations formées de cellules rondes et au-dessous de cellules fusiformes qui se transformaient peu à peu en tissu fibreux. Il n'y avait aucun engorgement ganglionnaire.

Les masses épithéliales étaient recouvertes d'une couche de tissu granuleux susceptible de cicatrisation.

Les dépôts épithéliaux étaient le point de départ de la cicatrisation.

La présence de la cicatrice centrale ne peut servir à différencier le lupus du cancroïde. L'auteur observa trois cas de lupus à cicatrisation centrale, mais qui ne présentaient au microscope pas la moindre trace d'épithélium. Il pense au contraire que cette cicatrice est toujours la caractéristique d'un épithélioma.

Les bords de l'ulcère ont la forme de bourrelets saillants, rugueux, inégaux, renversés en dehors, d'une dureté squirrheuse et sont parsemés de bourgeons exubérants, généralement taillés à pic, ils conduisent par une pente très irrégulière sur le fond même de l'ulcère. Leur côte

interne qui répond à l'ulcère, continuellement lubréfié par les liquides sécrétés, reste humide et rosé ; leur face périphérique se dessèche, se couvre de croûtes provenant de la dessication de l'humeur sanieuse qui a coulé sur les parties voisines. Ou bien on y voit quelques écailles épidermiques tout à fait analogues à celles qui marquent le début de la plupart des cancroïdes, et dont l'anatomie pathologique nous a donné la valeur.

Au-delà de ces bords indurés, fréquemment, la peau est marquée de stries vasculaires qui peuvent s'étendre au loin comme dans le cas où le tégument soulevé par une tumeur cancéreuse est amincie et sur le point de s'ulcérer.

Il est un caractère constant, qui a une importance clinique de premier ordre dans le diagnostic de l'épithélioma de la main comme de tous les épithéliomas d'ailleurs, c'est, dit M. Delbet Pierre, « l'absence de toute circonscription, l'impossibilité de percevoir nettement les limites de la tumeur : on ne sent ni où elle commence exactement ; ni où elle finit parce qu'autour d'elle il y a toujours des portions qui sont à demi envahies ; celles-ci sont dures au toucher. »

L'ensemble de la tumeur est mobile sur les plans profonds.

Toutefois à une période avancée, la base dure sur laquelle repose l'ulcère perd la mobilité qu'elle avait au début. On sent une masse empâtée diffuse qui confond toutes les couches anatomiques de la région. S'il est voisin de quelque partie du squelette l'ulcère attaque le

tissu osseux, corrode quelquefois la surface contiguë du métacarpien sur lequel il repose.

FORMES

On pourrait décrire deux variétés d'épithélioma sénile de la main, variétés qui se retrouvent dans les autres régions : tantôt en effet il y a formation de bourgeons charnus exubérants et papillaires qui peuvent dans leur développement excessif dépasser le niveau des parties saines voisines : c'est la forme végétante, en « chou-fleur ». D'autres fois l'ulcère se creuse profondément et devient anfractueux ce qui constitue la forme rongeante de l'affection.

Besnier et Doyon décrivent encore une forme superficielle (épithélioma plat) bénigne et une forme d'épithélioma tubéreux ou profond, envahissant ; « bien que la cicatrisation de cette dernière forme puisse avoir lieu, disent-ils, p. 323, t. II, le processus gagne dans d'autres directions et dans l'intervalle de quelques mois jusqu'à deux ou trois ans amène en même temps que l'engorgement ganglionnaire de l'aisselle, le marasme, la mort. »

MARCHE

Un des traits les plus caractéristiques de l'épithélioma sénile de la main, c'est la lenteur habituelle de sa marche, non seulement au début mais encore lorsque l'ulcération s'est produite.

Cependant, par exception, cette variété de cancer épi-

thélial peut suivre une marche très rapide, transformant tout à coup les allures bénignes que nous lui connaissons, se généralisant même (nous en avons une observation recueillie par le docteur Labiche dans le service même de M. le docteur Blum).

Mais c'est là l'exception, et nous devons écarter ces faits pour ne retenir que les caractères des cas types.

Fréquemment cependant des cancroïdes qui ont marché tout d'abord avec la lenteur habituelle et un minimum de réactions pendant des mois, des années, prennent tout à coup un accroissement notable Quelquefois on ne peut se rendre compte du pourquoi de ce changement, mais presque toujours on en trouve la cause dans une irritation mécanique portée sur le néoplasme ulcéré. Il est en effet remarquable de voir l'influence que les irritations locales de toute nature exercent sur la marche de cette affection, et, c'est pour cela, que les anciens chirurgiens donnèrent à cette espèce de cancer le nom de *noli me tangere*.

Dans certains cas, la tumeur ne se contente pas de son envahissement continu et progressif, la peau rougit et s'enflamme, une collection plus ou moins franchement purulente peut s'évacuer ; des matières sanieuses succèdent au liquide sanguinolent, et un nouvel épithélioma se développe quelquefois dans des foyers nouveaux à distance du foyer primitif.

Nous avons, à l'article « Symptômes », longuement discuté la question de la cicatrisation spontanée, qui est tout à fait rare, l'épithélioma sénile ayant généralement une marche très lente mais progressive.

A une période avancée de la maladie, c'est-à-dire après une durée qui peut être supérieure à 10, 15, 20 ans, l'épithélioma de la main peut arriver à produire des douleurs vraiment intolérables, les muscles sous-jacents peuvent être envahis, ainsi que les filets nerveux, les tendons extenseurs. Aussi les mouvements de flexion et d'extension de la main deviennent-ils impossibles. Alors apparaissent des phénomènes de cachexie, un affaiblissement progressif, un teint jaune paille, de la perte de l'appétit, et la mort survient dans le marasme.

Mais il est rare que les malades arrivent à cette extrême limite, à cette déchéance des forces de l'économie observée si communément dans l'épithélioma classique, le cancer vulgaire des viscères, les malades sont le plus souvent enlevés par une affection intercurrente.

L'engorgement ganglionnaire est rare, au moins pendant les premières années de l'évolution. Cependant, il n'est rien là d'absolu. Dans certains cas types, l'engorgement n'existait pas au bout de quinze années (observation n° 12), dans d'autres cas correspondant à une malignité plus grande, il apparaissait dès les premiers mois.

L'engorgement ganglionnaire est d'autant plus fréquent et plus prompt que la tumeur a une marche plus rapide. Il est rare de trouver engorgé le ganglion sus-épitrochléen. Les ganglions axillaires nous paraissent plus fréquemment atteints, sans doute parce qu'ils sont plus facilement perceptibles.

DURÉE

Le nombre de nos observations ne nous permet pas de faire des statistiques. Heurtaux, parlant du cancroïde des membres, donne une survie de huit à neuf ans, à partir du début de l'affection.

Cette durée est déjà considérable si nous l'opposons à celle de la plupart des cancers viscéraux qui oscillent entre un et deux ans. Il nous a semblé pourtant que cette période de survie pour l'épithélioma du dos de la main était généralement encore plus considérable, surtout si le porteur réduit les causes d'irritation locale au minimum. Nous rapportons l'observation d'Echevin, dont le malade était porteur d'un épithélioma du pouce remontant à vingt-six ans auparavant.

Ces débuts éloignés de l'épithélioma sénile de la main sont donc fréquents et doivent être notés avec d'autant plus de satisfaction que le pronostic en sera plus favorable.

Nous écartons résolument de notre étude les épithéliomas, tout à fait exceptionnels à la main du reste, qui revêtent pour ainsi dire une forme aiguë, à marche très rapidement ulcéreuse, envahissant les parties profondes, les muscles et même les os.

PRONOSTIC. — RÉCIDIVE

« Le pronostic, en raison de ces considérations, est « donc relativement bénin, c'est-à-dire que l'affection « évolue lentement, et est rarement accompagnée d'infec- « tion générale. » (Blum.)

Ceci est vrai dans la grande majorité des cas, néanmoins, deux circonstances peuvent assombrir le pronostic : la récidive possive, et la généralisation épithéliomateuse.

Il est difficile de dire quelle est la fréquence de la récidive. La plupart des malades, en effet, ne reviennent pas voir le chirurgien qui les a opérés, et, de ce fait, on se trouve dans l'impossibilité de suivre les malades pendant un nombre d'années suffisant pour savoir si oui ou non la récidive a eu lieu.

Nous pensons qu'un épithélioma sénile de la main possédant les caractères de relative bénignité que nous nous sommes efforcé de préciser, et, « largement » enlevé « au bistouri » et non au moyen de caustiques, ligature élastique, etc., a peu de tendance à la récidive et qu'il guérit généralement.

Néanmoins la récidive n'est pas rare, Nous résumerons brièvement ses principaux caractères : elle se fait presque toujours sur place et ne présente pas en général de plus grande gravité que la lésion primitive, mais, fait habituel, elle marche plus vite. Cette récidive, quand l'ablation a été complète, se fait par repullulation. Il est essentiel en tout cas de pratiquer l'ablation de la nouvelle production qui peut disparaître ainsi définitivement.

La généralisation est tout à fait exceptionnelle. Nous n'en connaissons qu'un cas recueilli dans le service de M. Blum (Th. Labiche). Il est donc de toute évidence que l'époque à laquelle l'ablation est pratiquée, entre pour une grande part dans le pronostic.

DIAGNOSTIC

Nettement caractérisé par sa localisation sur la face dorsale, sa marche très lente avant de passer à la phase d'ulcération, son indolence, la forme du bourgeonnement en chou-fleur, puis de l'ulcération à bords indurés, taillés à pic, renversés, enfin, l'unicité de la lésion, l'épithélionia sénile du dos de la main est généralement assez facile à reconnaître ; souvent même son diagnostic s'impose. Mais, il arrive quelquefois, surtout au début de l'affection, avant la phase de l'ulcération, que ce diagnostic présente de réelles difficultés.

Nous examinerons donc le diagnostic à chacune de ces deux périodes.

I. Période préulcéreuse

On doit le distinguer d'une verrue. On peut regarder celles-ci comme le type de l'hypertrophie papillaire de la peau sous forme de petites tumeurs grisâtres, fendillée, dures, indolores. Avec ces caractères elles pourraient

simuler un épithélioma ; mais la verrue se montre de préférence dans la jeunesse, ou chez l'adulte ; elle est rarement unique ; si on enlève la couche superficielle, on aperçoit au-dessous un certain nombre de points rougeâtre, dus à la section des petits vaisseaux. La surface de la verrue est sèche et ne fournit aucun suintement ; l'épithélioma est souvent couvert d'une croûtelle sèche sous laquelle on trouve une surface légèrement suintante ou excoriée. La verrue dégénère volontiers en épithélioma ; très souvent elle est notée dans nos observations comme symptôme initial.

Les *cornes* sont des excroissances épidermiques se développant chez le vieillard sous l'influence de frottements répétés ; elles peuvent également subir la transformation épithéliale.

Le « condylome cutané », fixé à la peau par un pédicule large supportant quelquefois des pédicules secondaires, a une apparence ramifiée très spéciale.

La « kéloïde » se développe habituellement sur des cicatrices : c'est une tumeur fibro-plastique développée dans l'épaisseur du derme. Elle a un aspect allongé, une forme étoilée, une consistance dure, une prédilection pour la jeunesse enfin, qui l'écarte de l'épithélioma,

Les « lipomes » de la main occupent le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-aponévrotique. Très rares à la main, ces tumeurs ont une consistance molle, fluctuante qui donne l'éveil aussitôt.

Les « fibromes » de la main sont rares, ont une marche extrêmement lente.

Les « chondromes » sont des tumeurs régulièrement

arrondies, les doigts en sont le siège de prédilection. Ils se développent le plus souvent dans la jeunesse.

Les « sarcomes » se développent de préférence aux dépens des tendons et de leurs gaines. Ils évoluent très rapidement. La durée ne dépasse guère deux ou trois ans. Les ganglions correspondant à la région sont vite envahis. Les adultes y sont plus disposés que les vieillards contrairement à ce qui se passe pour l'épithélioma.

Le « carcinome » proprement dit de la main, peut se rencontrer avec les caractères de haute gravité que nous lui connaissons, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte et le vieillard. Sa marche rapide, la précocité et l'intensité des douleurs, l'envahissement des ganglions, l'ulcération rapide, la cachexie ne laissent aucun doute sur sa nature. Cliniquement donc, sinon histologiquement, nous pourrons généralement le séparer de l'épithélioma sénile dont il est loin d'avoir tous les caractères.

A l'état d'ulcération, l'épithélioma sénile de la main peut être confondu avec une « ulcération scrofuleuse ». Mais celle-ci ne se montre presque que chez les enfants. « L'épithélioma de la main se distingue des ulcérations scrofuleuses par l'existence d'une tuméfaction, d'une induration formant la base de l'ulcération, par l'état général et la marche de l'affection (Blum). » Elles ont un fond rougeâtre, blafard, des bords mous, amincis, décollés.

Les « ulcérations syphilitiques de la main » ont été quelquefois prises pour des épithéliomas : le chancre induré surtout. Les antécédents, la marche, les phénomènes concomitants empêcheront cette erreur. Le

chancre a une surface plus propre, plus nette, moins suintante, plus régulièrement arrondie.

Les lésions gommeuses seront décelées par leur marche, le peu d'induration de leurs bords, les accidents syphilitiques antécédents, l'influence décisive du traitement. Les ulcérations syphilitiques ont ordinairement une forme arrondie à évolution rapide, le fond de l'ulcère est pseudo-membraneux, grisâtre, donne issue à un pus verdâtre épais.

TRAITEMENT

Le cancer a été de tous temps traité médicalement ; mais il faut bien reconnaître que les tentatives aussi innombrables que variées qui ont eu lieu contre lui ont abouti au même résultat négatif, à la même inefficacité. Le cancer cutané surtout, celui qui nous occupe, a éprouvé l'efficacité des différents topiques qu'il serait aussi inutile que fastidieux d'énumérer tout au long.

La ciguë a été administrée sous toutes ses formes : poudre, infusion, extrait, principe actif, toujours le résultat a été le même, c'est-à-dire nul.

Tous les autres narcotiques : la belladone, l'aconit, l'opium, ont remplacé la ciguë sans plus de succès.

Les préparations métalliques : l'acide arsénieux, l'iodure d'arsenic, les sels de cuivre, de fer, ont disparu de l'usage courant pour la même raison, après avoir joui d'une certaine vogue.

L'acide lactique a été également préconisé.

Le chlorate de potasse fut employé par Bergeron en 1856, par Ferréol en 1868, par Vidal en 1875, et ils obtin-

rent des guérisons après avoir prescrit le chlorate de potasse à la dose de 4 à 6 grammes par jour à l'intérieur, en même temps qu'il était administré en applications externes sur l'épithélioma. M. Reclus a, dans ces derniers temps, repris ce traitement dans les cas d'épithélioma pavimenteux, et a obtenu plusieurs guérisons.

La galvanisation n'a donné aucun résultat, non plus que la cautérisation ignée qui servait surtout à arrêter l'écoulement sanguin produit par la chute des eschares consécutives à l'emploi des caustiques.

Parmi ces caustiques nous citerons : l'arsenic, potasse, pâte de Vienne, pâte de Canquoin, azotate, acide de mercure, chlorure de zinc, etc.

En lisant, nos observations, on sera frappé inévitablement d'un fait : c'est la fréquence et l'inutilité, sinon le danger des applications caustiques répétées sur de pareils néoplasmes, dont l'ablation chirurgicale constitue, en réalité, le seul mode de traitement. En règle générale, le malade s'adresse au chirurgien, lorsque sa verrue, transformée par des cautérisations répétées et intempestives, autant que variées, est devenue un néoplasme ulcéré, saignant, repoussant d'aspect, sinon douloureux. Nous citons des observations où ces cautérisations inutiles ont été poussées pendant cinq mois (obs. VI), dix-huit mois (obs. XIII), sept mois (obs. XV).

Très souvent même nous avons noté que l'ulcération de la tumeur se produisait sous l'influence des cautérisations (obs. X).

La question des cautérisations dans le traitement des cancroïdes et plus particulièrement de l'épithélioma du

dos de la main nous semble donc absolument tranchée.

L'intérêt du malade est que toute ulcération, papillome ou verrue suspecte, soit immédiatement enlevée et d'une façon complète. Nous n'ignorons pas que dans certaines mains, certains caustiques aient pu donner quelques bons résultats. Un procédé de cautérisation a conquis depuis quelque temps une certaine vogue et mérite d'être étudié avec quelque attention.

Nous devons à l'obligeance de M. le docteur Hermet, de Paris, à qui nous adressons tous nos remerciements, une vue d'ensemble sur la technique et les résultats des cautérisations à l'acide arsénieux.

M. le docteur Hermet a puisé ces données à leur source même, auprès des créateurs de cette méthode, MM. Cerny et Trunecek, de Prague. Il y conduisit même un malade dont nous avons vu la photographie, avant et après la cure, et qui en revint très amélioré, sinon parfaitement guéri.

Cerny et Trunecek n'ont rien créé en réalité. Ils n'ont fait que rajeunir, en la modifiant plus ou moins dans sa composition et son application, la « pâte du frère Côme » d'antique mémoire. Tout récemment M. le docteur Darier modifia encore cette méthode en l'améliorant.

Les badigeonnages de la surface ulcérée se font avec une solution à 1/100 ou 1/150 les premiers jours. Ils sont quotidiens. Quelques jours après on emploie une solution plus concentrée à 1/50 pour arriver huit jours plus tard environ à une solution à 1/45. Il est essentiel que la solution ne soit pas filtrée et tienne en suspens des particules d'acide arsénieux. Il est indispensable, de même, de ne

pas recouvrir la plaie d'un pansement, l'air extérieur exerçant une influence indiscutable. Il suffira de veiller chaque jour à la propreté de la plaie en détachant avec une pince à griffes et des ciseaux les fragments d'eschares sèches dont la consistance est devenue ligneuse.

Les premiers jours il semble que l'application du caustique aggrave l'affection en augmentant l'étendue de la zone envahie toujours plus considérable qu'on ne le supposait.

Mais au bout de quelques semaines le néoplasme s'est éliminé sous forme d'eschares et la plaie se cicatrise peu à peu après bourgeonnement. Les cicatrices sont très belles, à peine visibles.

Quelques précautions sont à prendre du fait de l'exposition de la plaie à l'air libre. Outre les soins de propreté indispensables il est nécessaire de recommander au malade d'éviter les refroidissements qui l'exposeraient à l'érysipèle. Il est vrai qu'une pareille complication est quelquefois devenue un bienfait inespéré en amenant la guérison immédiate du néoplasme.

Le néoplasme guéri peut récidiver, ce même traitement s'applique aux récidives.

On a annoncé avec bruit que l'emploi de cette méthode amenait la guérison radicale de tous les cancers épithéliaux. Il y a là, d'après M. le docteur Hermet une forte part d'exagération. En effet, dans quelques cas, rares heureusement, les badigeonnages arsenicaux amenèrent une extension subite et rapidement menaçante du néoplasme aboutissant à la mort au bout de quelques mois.

Ces faits sont exceptionnels et ne réussissent pas à faire

contrepoids aux nombreux cas d'amélioration et de guérison. On peut donc en conclure qu'il s'agit là d'une méthode qui n'est pas à dédaigner contre une affection qui nous trouve presque impuissants.

La radiographie vient d'être essayée tout récemment dans le traitement de cette affection. Nous connaissons pour notre part, deux cas de cancroïdes soumis à ce traitement dans le service de M. le docteur Béclère à l'hôpital Saint-Antoine. Le premier se rapportait à un malade porteur d'un épithélioma ulcéré de la lèvre inférieure et de volume moyen avec adénopathie. Il revint dans le service de M. le docteur Blum après quinze jours de traitement radiographique avec un néoplasme notablement plus volumineux et plus étendu.

L'autre cas se rapportait à un malade soigné dans le service de M. Blum et dont l'observation, qui nous est personnelle, ne mentionne aucune amélioration par ce traitement encore insuffisamment connu.

Le traitement de choix, nous semble-t-il, est l'ablation au bistouri. Mais il est indispensable que cette ablation soit large, profonde, complète. Pour cela l'instrument tranchant doit attaquer les téguments non point à la périphérie de la tumeur mais à un centimètre environ au delà des limites de celle-ci, en peau saine. La tumeur une fois circonscrite à distance sera soulevée peu à peu, au fur et à mesure que le bistouri la séparera des plans profonds.

Quand elle aura été d'un certain volume il sera impossible de pratiquer la réunion immédiate par suite de l'étendue de la perte de substance, de la difformité et de

la gêne fonctionnelle qui résulterait de sa suppression. On laissera donc en pareil cas le bourgeonnement et la cicatrisation se produire peu à peu.

On pourra encore pratiquer une greffe qui aurait l'avantage d'éviter une cicatrice vicieuse au malade, d'amener une guérison beaucoup plus rapide, enfin de n'amener aucun obstacle au fonctionnement ultérieur du membre.

A plus forte raison, et nous insistons sur ce fait, devra-t-on enlever les verrues suspectes par leur accroissement plus ou moins rapide, en surface ou en profondeur et surtout par leur tendance à l'ulcération.

Dans la plupart des cas, lorsque le malade s'adresse au chirurgien le néoplasme n'a guère envahi le tissu cellulaire, il est encore mobile sur les parties profondes, on se contentera d'enlever le tissu cellulaire sous-cutané sous-jacent jusqu'à l'aponévrose superficielle et aux tendons.

Si l'envahissement des tendons ou même des os sous-jacents a eu lieu, aux phases ultimes de l'évolution de la tumeur, un plus grand sacrifice sera nécessaire et souvent la désarticulation du poignet, plus radicale devra être préférée à des amputations partielles.

Nous avons vu combien l'adénopathie épitrochléenne et axillaire était rare au cours de l'évolution du néoplasme, c'est une chance de plus en faveur de la guérison après ablation complète. S'il existait une adénopathie il nous semble qu'elle ne constituerait pas une contre indication, elle créerait au contraire une indication nouvelle : celle de l'ablation complète aussi des ganglions dégénérés.

OBSERVATIONS

Observation I

Cancroïde de la face dorsale de la main.

Szokalski, 1853, *Gazette médicale de Paris*, 1853.

Un laboureur, âgé de 48 ans, maladif, et dont la mère avait succombé à un cancer du sein, me fit voir en 1849, sur le dos de sa main droite, entre les tendons du médius et de l'index, un groupe de petites nodosités dures recouvertes de l'épiderme en desquamation et entourées d'une auréole rouge livide. Elles lui occasionnaient une « démangeaison » insupportable en sorte qu'il se grattait quelquefois jusqu'au sang. Les tubercules pressés par le doigt prenaient la coloration blanc jaunâtre et présentaient une résistance cartilagineuse. La plus grande d'entre ces nodosités, située au centre, était grosse comme un grain de chènevis et le groupe entier avait la grandeur d'une pièce de vingt centimes. J'engageai de suite l'extirpation ; mais le malade ne voulut entendre parler ni de l'emploi de caustiques ni de l'opération. A cette époque cette production n'était nullement adhérente aux tissus sous-jacents.

Le malade négligea son mal et huit mois après, vint me retrouver. La main présentait un tout autre aspect. Au lieu des tubercules on apercevait sur sa peau dorsale une ulcération

grande comme une pièce de cinquante centimes, grisâtre au fond et granuleuse, à bords irréguliers et renversés, bosselés et presque variqueux. Il en suintait une sérosité sanieuse qui coulait pendant les mouvements des doigts et adhérait aux tissus plus profonds. La peau tout autour d'elle était rouge bleuâtre et parsemée dans plusieurs endroits près du bord ulcéreux de petits tubercules qui ressemblaient sous tous rapports aux tumeurs que j'avais observées au début. Le malade se plaignait de démangeaisons qui augmentaient à la chaleur.

Observation II

Tumeur ulcérée du doigt indicateur gauche datant de quatorze mois. Extirpation du doigt avec résection de la moitié du métacarpien correspondant ; hypertrophie des glandes sudoripares et de l'épiderme ; récidive imminente.

(Verneuil, 1854, *In Arch. gén. méd.*)

Femme de 60 ans, couturière, ayant toujours joui d'une excellente santé, est entrée dans le service de M. Lenoir dans les premiers jours de juillet 1854 pour une tumeur ulcérée du doigt. Les cheveux sont châtains, la peau pâle et recouverte en certains points, et surtout sur les mains de taches de rousseur, elle raconte de la manière suivante l'origine et la marche de la maladie.

Il y a quatorze mois, elle fut heurtée par sa fenêtre qui tomba sur la face dorsale de sa main : il en résulta une contusion assez intense, mais dont les traces disparurent bientôt.

Quelques jours après elle ressentit dans la partie moyenne de la face dorsale de l'index, une douleur circonscrite et assez aiguë, ce qui lui fit supposer qu'un petit fragment de verre s'était introduit sous la peau et y était resté, elle chercha avec la pointe d'une épingle à retirer ce corps étranger, dont rien à l'intérieur n'indiquait la présence. Ses recherches furent vai-

nes. La petite plaie faite par l'épingle devint le siège d'une légère inflammation ; il se forma une petite croûte, et en arrachant celle-ci, la malade affirme que sous la peau existait déjà une masse blanche qu'elle compare aux racines d'une verrue ou poireau. Un médecin cautérisa le petit ulcère avec la pierre infernale à 7 ou 8 reprises différentes. Loin d'amener la guérison, ce moyen causa une recrudescence dans les douleurs et activa le développement de la tumeur.

On employa alors la couperose pendant une quinzaine de jours, ce qui causa une amélioration notable : des croûtes se formèrent et le mal parut s'arrêter.

Quelques mois après, ses progrès continuèrent, le doigt se tuméfia et une élévation dure, résistante, envahit l'épaisseur de la peau et fit saillie au-dessus du niveau des parties voisines.

Un nouveau caustique, le sulfate de cuivre, fut mis en usage sans résultat ; alors la malade ne fit plus rien. La production pathologique gagnant du terrain, les mouvements du doigt, conservés jusque-là, devinrent presque impossibles ; des douleurs très vives, dépendant, soit des caustiques, soit de la maladie elle-même, accompagnèrent cette série de tentatives infructueuses ; elles étaient lancinantes, empêchaient parfois le sommeil et retentissaient dans tout le membre.

Il faut noter que la tumeur était dure, saillante, rugueuse au toucher, d'un blanc grisâtre, non vasculaire, non ulcérée. Un mois avant son entrée à l'hôpital, la malade était allée consulter un charlatan qui lui avait appliqué sur le doigt un emplâtre qui agit avec énergie en déterminant de vives douleurs. Une ulcération profonde se produisit alors et la malade entra à l'hôpital où M. Lenoir pratiqua, le 19 juillet, l'extirpation du doigt et la section de la moitié inférieure du métacarpien correspondant, afin d'atteindre, autant que possible, les limites du mal. La méthode ovalaire modifiée suivant l'exigence du cas actuel, fut mise en usage. Quelque temps après (début d'août), la plaie était en voie de guérison complète.

Il faut signaler deux faits intéressants : d'abord sur le nez

et sur la partie latérale du cou, existent de petites croûtes épidermiques qui tombent et se renouvellent depuis fort longtemps, et au dessous desquelles le derme et légèrement exulcéré. M. Lenoir a touché le point excorié du nez avec le nitrate d'argent. La malade ne se préoccupe nullement de ces légères lésions qu'on voit pourtant être le point de départ fréquent des cancroïdes épidermiques, et qui annonce que chez elle le tégument a une tendance particulière à devenir malade. Le second point consiste dans « l'absence de tout engorgement ganglionnaire au cou et dans l'aisselle », malgré la durée déjà notable du mal, et les irritations intempestives qui ont tant activé son développement.

Le doigt enlevé et la tumeur examinée, on peut se rendre compte que la maladie consiste dans le dépôt d'un produit pathologique accumulé en tumeur saillante ou infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ce produit se compose de deux éléments inégalement répartis suivant les points. Là il se compose de glandes hypertrophiées, et ici d'une substance semblable à l'épiderme accumulé. Plus on s'éloigne de l'ulcération, plus le premier tissu est simple et reconnaissable ; c'est le contraire dans la tumeur saillante et dans le fond de l'ulcère lui-même, où l'on ne trouve plus qu'un magma sans forme distincte reconnaissable à l'œil nu.

Observation III

Tumeur ulcérée du doigt, développée à la suite d'une écorchure et sur une verrue préexistante ; amputation du doigt. Examen anatomique. Hypertrophie des glandes de la peau et de l'épiderme. Cicatrisation commençante. Cholera. Mort.

Verneuil, 1854, In *Archiv. générales de médecine.*

Un homme de 57 ans, cultivateur, est entré vers la fin de mai 1854 dans le service de Denouvilliers à l'hôpital Saint-Louis,

pour se faire traiter d'une ulcération rebelle qu'il porte sur la face dorsale du doigt annulaire de la main droite, au niveau de la première articulation phalangienne.

Cet homme est assez robuste ; sa peau est fine, recouverte d'une très grande quantité de taches de rousseur ; les cheveux et la barbe sont roux. N'ayant jamais eu de maladie de peau, cet homme raconte qu'il portait depuis longtemps une petite verrue indolente sur la face dorsale de l'articulation précitée. Un jour, en travaillant à la serre, il écorcha cette production, ce qui ne lui causa pas grande douleur ; une petite croûte se forma et fut détachée par le frottement ; elle se reforma à plusieurs reprises, et fut arrachée chaque fois soit par le malade lui-même soit par le fait des travaux auxquels il se livrait. Ce léger accident avait eu lieu au mois d'avril, et ces phénomènes se succédaient jusqu'au mois d'octobre, sans que le mal se fût beaucoup aggravé. Mais pendant les deux mois qui suivirent, les croûtes cessèrent de se produire et l'ulcération fit des progrès rapides ; il y avait là une plaie vive de plus de 2 cm. de diamètre, à bords durs, assez semblable en un mot à ce que nous voyons aujourd'hui car, vers le mois de janvier cette recrudescence s'arrêta, et la maladie resta à peu près stationnaire. Les douleurs ne furent jamais très marquées et n'interrompirent pas les travaux ordinaires, si ce n'est dans les premiers jours de mai où elles se montrèrent presque tout à coup dans un point très circonscrit et avec une très grande acuité. De même les mouvements n'éprouvaient presque aucune gêne ; cependant depuis six semaines ou deux mois, la flexion était limitée par un sentiment de raideur dont il est facile, au reste, de se rendre compte, en raison de l'étendue du mal.

Voici quel est l'état actuel : sur la face dorsale du doigt annulaire, existe une ulcération de près de 3 centimètres de diamètre, qui a envahi tous les téguments qui recouvrent l'articulation de la première et de la seconde phalange, et les os eux-mêmes. Le volume du doigt est à peu près double à ce niveau, mais il a repris son volume ordinaire vers l'extrémité

supérieure de la phalangette et vers l'articulation métacarpo-phalangienne. Le mal est donc fort limité, il ne s'étend nullement à la face palmaire du doigt ni sur la face dorsale de la région métacarpienne ; il n'existe plus aucun engorgement ganglionnaire, ni au coude ni dans l'aisselle. Le fond de l'ulcère est plat, les bords un peu saillants, en forme de bourrelets, mais non renversés ; la surface de la plaie est rosée, elle est recouverte par une mince couche pulpeuse, qu'on peut enlever par le grattage ; elle repose sur une base dure, surtout vers les bords. Il n'y a ni végétations fongueuses, ni même de développement vasculaire ; la dissection montre que le tendon extenseur sous-jacent est intact, cependant le tissu cellulaire qui l'entoure est induré, ce qui établit une adhérence entre ce tendon et la face profonde de la masse morbide. Le tissu pathologique, incisé en divers sens, est dur, comme fibreux ; il crie sous le scalpel et offre une coloration d'un blanc rosé sale ; il forme, au centre de l'ulcération, une couche de 2 millimètres au plus ; sur les bords, il est épais, il atteint 5 à 6 millimètres. Le raclage en extrait une matière épaisse, opaque, granuleuse, assez abondante. Pour que l'observation soit complète, ajoutons que l'opéré était en voie de guérison quand il fut pris d'une attaque de choléra qui l'emporta rapidement.

Il y a, dans cette observation, un point important à noter, c'est l'infiltration des cellules d'épiderme, au milieu des glandes sudoripares hypertrophiées ; on peut se demander quelle est ici l'affection principale. La lésion glandulaire est-elle secondaire et peut-on la rapprocher de ces cas dans lesquels une tumeur cancéreuse du sein est entourée par une zone de culs-de-sac mammaires hypertrophiés ? La production épidermique constitue-t-elle le phénomène initial, l'hypertrophie glandulaire n'étant qu'un phénomène secondaire, une lésion symptomatique.

Je laisse la question indécise, il me paraît démontré que dans certains cas de cancroïdes épidermiques, les glandes de la peau sont profondément altérées et prennent part au moins à

la propagation du mal, comme le prouve la présence de ces globes épidermiques, occupant la cavité des canalicules sécréteurs, loin du siège principal et évident du mal, dans des points où la peau est encore saine en apparence.

Observation IV

Vaste cancroïde papillaire verruqueux des deux mains.

(In *Anatomie pathologique générale et spéciale*. Lebert, 1857.)

Homme, 50 ans, entre le 10 août 1851 dans le service de Huguier, à Beaujon. A 12 ans, il avait eu la gale. A 15 ans la vérole.

Dans ces dernières années, il a eu plusieurs hémoptysies, il tousse beaucoup.

Voilà sept ans (1834), il eut un phlegmon à la main droite, et, quelque temps après, le mal qu'il porte actuellement commença à se développer à la face dorsale de cette main, sous forme d'un bourgeonnement verruqueux, qui bientôt s'éleva superficiellement. Plus tard, un mal semblable se développe à la main gauche. A son entrée à l'hôpital, on constate les signes d'une affection tuberculeuse des poumons à marche lente. Les mains présentent l'état suivant :

Main droite :

Vaste ulcération siégeant à la face dorsale de la main, de forme triangulaire, un peu trapézoïde, dont le sommet est à 2 centimètres au-dessus de l'articulation radio-carpienne; la base est formée par l'espace interdigital du pouce et de l'indicateur ; un des bords s'étend le long du bord externe du premier métacarpien, l'autre, depuis le sommet du triangle jusqu'à 2 centimètres au-dessus et 1 centimètre en dedans de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'indicateur. Cette surface ulcérée est élevée de 1 centimètre au-dessus des parties

environnantes ; elle est formée par une réunion de tumeurs de volume variable, depuis une tête d'épingle jusqu'à 1 centimètre de diamètre, de forme irrégulière, conoïde ou arrondie, couleur rouge en certains points, grisâtre dans d'autres. L'ulcération offre l'aspect de fongosités saignantes ; elle est le siège de douleurs très vives, quelquefois d'hémorrhagies; elle fournit une suppuration abondante et fétide.

La peau, siège de l'ulcération, est mobile sur les parties molles sous-jacentes ; les tendons et les muscles ont conservé leur usage et les doigts leurs fonctions.

Main gauche :

Cicatrice occupant toute la région métacarpienne, s'étendant jusqu'aux premières phalanges des doigts et entourant une surface de 2 centimètres de largeur et de 4 centimètres de hauteur, mamelonnée, fongueuse, douloureuse et saignante, s'étendant sur les deuxième et troisième métacarpiens, et même un peu sur les phalanges carrespondantes.

Les moyens locaux n'ayant aucun résultat, Huguier enlève toute la partie malade de la main droite et il trouve l'aponévrose et les autres parties sous-jacentes dans leur état le plus normal. La plaie guérit. La tumeur enlevée présente un des plus beaux types de « cancroïde verruqueux » ; on n'y trouve que des papilles hypertrophiées, réunies par groupes, arrondies et irrégulières. Ces papilles sont composées d'une enveloppe épidermique épaisse et dans leur base et leur centre d'un tissu fibreux avec quelques éléments fibro-plastiques. On voit bien les noyaux de ce tissu central en le rendant transparent au moyen de l'acide acétique.

L'observation ne nous dit pas s'il existait de l'engorgement ganglionnaire.

Observation V

Cancer épithélial du dos de la main développé dans les glandes sudoripares (cancer de Verneuil). *Extirpation. Guérison.*

In *Gazette des Hôpitaux*, Bœckel, 1865.

Schmutz (Christine), journalière, 76 ans, entre à la clinique le 18 avril 1864 pour une tumeur du dos de la main droite.

L'affection a débuté en juillet 1863 par une petite papule survenue sans cause évidente et qui s'est accrue successivement en devenant le siège de douleurs lancinantes intenses sans toutefois gêner les fonctions de la main.

L'ulcération présente une étendue de 5 centimètres sur 7, elle occupe tout le dos de la main depuis la région carpienne jusqu'aux têtes des métacarpiens et d'un bord à l'autre. Elle se présente sous forme de circonvolutions rouges assez dures larges de 1 centimètre à peu près, enchevêtrées les unes dans les autres et formant un relief de quelques millimètres sur la peau environnante. L'épiderme est aminci sur ces bourrelets, mais partout intact. Le tissu pathologique siège évidemment dans le derme, il glisse sur les tissus sous-jacents et n'entrave nullement le jeu des tendons extenseurs ; on ne trouve aucune altération dans les ganglions du coude ou de l'aisselle.

La tumeur est indolente à la pression, mais il existe des douleurs lancinantes. Bœckel porte le diagnostic de cancer épithélial, et la tumeur est extirpée le 24 avril. On circonscrit la tumeur par deux incisions demi-circulaires qui restent partout à 1 centimètre des limites apparentes du mal, quelques coups de bistouri achèvent la séparation des parties profondes. Il reste une large plaie arrondie qui laisse voir tous les tendons du dos de la main recouverte seulement par une mince couche de tissu cellulaire.

Examen de la tumeur par Bœckel.

Sur une coupe transversale de la masse morbide on reconnaît que le néoplasme est développé dans l'épaisseur même du derme. Il est d'un blanc sale, de consistance assez ferme et est renfermé dans une série de loges de 5 à 6 millimètres de hauteur séparées par des trabécules fibreux. La ligne de l'épiderme reste distincte sur toute la longueur et ne se confond nulle part avec le tissu sous-jacent.

En puisant au centre des loges de petites parcelles, on reconnaît qu'elles sont formées par des amas de cellules épithéliales, disposées en couches concentriques et constituant ces globes épidermiques perlés caractéristiques du cancer épithélial. En se rapprochant du centre on trouve de nombreux culs-de-sacs glandulaires distendus par des globes épidermiques à couches concentriques. Tout à fait au centre, il n'y a plus qu'une masse cancéreuse sans vestiges de glandes.

Le 28 avril, la plaie s'est déjà recouverte d'une couche de bourgeons charnus et aucun des tendons ne s'est nécrosé. Cicatrisation rapide.

Sur le dos de la main au moment du départ de la malade il existe une cicatrice lisse, tendue, n'ayant guère que la moitié de la plaie primitive.

Il s'agit ici d'une variété spéciale de cancer : l'épithélioma développé dans les glandes sudoripares ; variété décrite pour la première fois par Verneuil et qui a pour siège de prédilection le dos de la main et le cuir chevelu.

Malgré la marche assez rapide de l'affection traduisant un certain degré de malignité on ne note pas la moindre trace de retentissement ganglionnaire.

Observation VI

Tumeur cancroïdale de la main.

In *Bulletin de la Société de chirurgie* (Demarquay, 1869).

M. Demarquay présente une tumeur cancroïdale de la main qui a nécessité l'ablation du premier et du deuxième métacarpien. L'objet de cette observation est une femme de 60 ans.

Il y a six ans elle constata qu'elle portait une petite verrue sur le dos de la main. Il y a dix-huit mois, la tumeur avait le volume de un franc. Depuis quinze mois un pharmacien a pratiqué cinq cautérisations avec le caustique de Vienne qui ne fit qu'accroître le mal. En effet le 14 novembre, au moment de son entrée dans le service on trouve entre les deux derniers métacarpiens (face dorsale), une tumeur ulcérée à fond grisâtre ; les bords en sont taillés à pic, ils sont grisâtres, verruqueux, assez durs. L'espace interosseux palmaire est rempli par une tumeur arrondie qui se continue avec l'ulcération, elle est du volume d'une noix, de consistance dure, très douloureuse, le siège d'élancements.

Pour débarrasser la malade, M. Demarquay a dû procéder à l'amputation des deux métacarpiens.

Il a eu recours à un procédé qui lui a permis de conserver un petit lambeau palmaire. Les os du carpe étaient tellement ramollis qu'ils se sont laissés couper par le bistouri.

Observation VII

Epithélioma glandulaire de la peau.

Dumeuil, *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1872.

H..., 65 ans, journalière, d'une bonne constitution, d'apparence robuste, se présenta à la consultation de l'Hôtel-Dieu

dans le mois de février 1869 pour une tumeur développée sur la face dorsale du cinquième métacarpien droit ; elle avait mis quatorze ans à se développer. Cette tumeur du volume d'un haricot, dure, douloureuse à la pression, légèrement excoriée à sa surface, fut enlevée séance tenante. On y trouva à l'examen microscopique, les éléments de l'épithélioma.

Il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire, la plaie guérit assez vite.

Le 20 juillet 1869 cette femme entra à l'Hôtel-Dieu pour des ulcérations fistuleuses multiples de l'aisselle droite, résultant, suivant elle, d'une inflammation violente de cette région, qui s'était développée au mois de mai et avait nécessité plusieurs incisions.

Les parties molles de la paroi interne du creux axillaire sont indurées, dépourvues de mobilité, d'un rouge sombre, et présentent trois ouvertures entourées de fongosités et ressemblant aux trajets fistuleux des suppurations osseuses. Un stylet ne fait cependant pas découvrir d'os dénudé. Ces trajets fistuleux ne fournissent qu'une quantité très médiocre de pus.

On trouve au-dessus de l'épitrochlée un ganglion gros comme une amande, mobile : une tumeur semblable existe sous le bord externe du biceps, au milieu du bras.

L'état général est bon, pas d'amaigrissement. Douleurs assez vives dans l'aisselle. Sur la face dorsale du cinquième métacarpien, on trouve une cicatrice de bon aspect sans indice de reproduction de la dégénérescence ancienne. L'examen des fongosités de la région axillaire y révèle la présence de cellules épithéliales et de globes épidermiques.

L'état de la malade resta stationnaire assez longtemps, mais le ganglion sus-épitrochléen finit par augmenter de volume et en avril 1870, il présentait une fluctuation évidente. A la même époque la cicatrice de la main redevint douloureuse ; il s'y forma des croûtes épidermiques et au centre une production comme cornée, conique.

En même temps, deux petites ulcérations se formèrent un peu

en bas et en dehors du mamelon. Ces ulcérations commencèrent par deux petits pertuis, ayant tout au plus les dimensions d'une tête de très petite épingle, ressemblant à des orifices de glandules cutanés élargis. Un stylet fin montrait un décollement du derme aminci dans une zone d'un millimètre autour de l'orifice. Cette portion de peau décollée formait autour des pertuis un liséré rouge, sans induration, sans saillie.

Toute la masse du sein de ce côté, paraissait plus ferme que de l'autre côté.

Les bords des petites ulcérations que je viens de décrire se détruisirent graduellement et les ulcérations s'étendirent en proportion tout en restant toujours superficielles, de niveau avec les parties voisines et sans base indurée.

Le ganglion sus-épitrochléen, devenu très gros et douloureux, fut incisé et donna issue à une bouillie caséeuse. Ce produit fut examiné au microscope en même temps que des parcelles enlevées des diverses ulcérations de la région axillaire, et on trouvra partout les éléments caractéristiques de l'épithélioma : cellules épithéliales, globes épidermiques, cristaux de cholestérine.

30 mai. — Erysipèle du membre supérieur droit qui est guéri le 7 juin.

Des nodosités se développèrent successivement au nombre de huit ou dix dans l'épaisseur du derme sur la paroi antérieure du thorax jusqu'au milieu du sternum, sur la partie postérieure de l'épaule, séparées les unes des autres par des intervalles où la peau restait saine, atteignant un volume variable depuis celui d'une lentille jusqu'à celui d'un haricot. Quelques-unes de ces nodosités s'ulcérèrent.

6 juillet. — Dans l'aisselle gauche on constate sous le bord du grand pectoral une tumeur du volume d'un petit œuf, mobile sans changement de couleur à la peau.

En même temps que se développèrent les nodosités du derme du côté droit du thorax et la tumeur de l'aisselle gauche, l'état général jusqu'alors bon s'altéra ; il vint de l'amaigrissement.

La peau prit une teinte bistre, l'appétit se perdit, les douleurs amenèrent l'insomnie.

La plaie correspondant au ganglion épitrochléen forma une vaste ulcération anfractueuse et répandant une odeur infecte. Les ulcérations du sommet du creux de l'aisselle prirent le même aspect. Les ulcérations signalées en dehors du mamelon restèrent toujours superficielles.

5 octobre. — La malade succomba dans le marasme, épuisée par les douleurs, l'insomnie et le défaut d'alimentation, le 5 octobre 1870 à 8 heures du matin.

Autopsie le 6 octobre à 9 heures.

L'examen des organes abdominaux n'y révèle aucune dégénérescence. Le foie est gras à un degré très prononcé. Les viscères thoraciques ne sont pas examinés à cause de la nécessité de ménager le cadavre.

Des portions de divers points malades sont enlevées pour être soumises à l'examen microscopique.

La tumeur de l'aisselle gauche, du volume d'un œuf de poule, est formée d'une masse de consistance de fromage mou, enveloppée dans une coque fibro-celluleuse. Le microscope y révèle la présence de cellules de différentes formes, polygonales, en gourde, fusiformes, avec des noyaux plus petits. On y trouve aussi quelques cellules à noyaux plus gros, nes cellules mères contenant trois ou quatre cellules avec noyaux, des globes épidermiques, des cristaux de cholestérine.

La tumeur végétante de l'aisselle droite présente des cellules de formes aussi très variées mais avec des noyaux généralement plus volumineux. On y trouve des plaques réunissant un certain nombre de cellules avec leurs noyaux et des globes épidermiques. Les petites tumeurs développées dans la peau s'écrasent facilement et ont un aspect caséeux. On y trouve des cellules polygonales très pâles et peu de noyaux ; ceux-ci sont petits. Elles présentent aussi des globes épidermiques.

Les ulcérations développées au voisinage du mamelon, sans induration préalable, sont recouvertes d'une mince couche

caséeuse où l'on trouve un grand nombre de noyaux libres, quelques cellules polygonales à noyau unique, de mêmes dimensions que les noyaux libres. Parmi ces cellules j'en remarque une à deux noyaux.

J'avais d'abord songé à présenter ce fait comme un cas de généralisation d'épithélioma, à cause de la présence de l'extension de la dégénérescence aux ganglions de l'aisselle gauche ; mais en retrouvant signalée dans mes notes l'existence de noyaux sur le sternum, j'ai dû croire que j'avais fait erreur. Mais ce fait me paraît mériter de fixer l'attention à un autre point de vue : les ulcérations développées sur le mamelon en l'absence de toute induration préalable, et dans lesquelles on a constaté la présence des éléments de l'épithelioma, ne m'ont paru pouvoir s'expliquer que par une véritable greffe des éléments pathologiques dans le conduit de quelques glandes cutanées.

Observation VIII

Epithélioma de la région dorsale de la main gauche. Opération. Récidive.

Docteur Blum (1881), In *Archives genérales de médecine.*

H..., cocher, 80 ans, a toujours joui d'une excellente santé et n'est sous le coup d'aucune diathèse.

Il y a environ deux ans (1881), il s'écorcha légèrement la face dorsale des deux mains en retirant un sac d'avoine du coffre de sa voiture. Les plaies ne tardèrent pas à se recouvrir de croûtes comme si elles voulaient se cicatriser. Mais les croûtes tombèrent en laissant à nu une ulcération à fond rouge vineux, sécrétant une sérosité jaunâtre. Tandis qu'à la main droite l'ulcération restait au niveau de la peau, celle de la main gauche se mit à bourgeonner, et au bout d'un an le malade entra à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Le Fort.

La tumeur, qui avait alors le volume d'un œuf de poule, fut enlevée par ligature élastique : c'était un épithélioma pavimenteux.

Au bout de quinze jours, le malade quitta l'hôpital avec une plaie en voie de cicatrisation.

La cicatrice ne se ferma pas complètement, devint le siège d'une récidive, et au bout d'un an, la tumeur formait un champignon épithélial, ayant le volume de la moitié d'une grosse mandarine.

Cette tumeur s'implante par une large base sur la face dorsale de la main gauche et a l'aspect d'un énorme bourgeon charnu, tacheté de nombreux points jaunâtres. A sa surface, on remarque des dépressions peu profondes qui lui donnent un aspect lobulé.

La tumeur est de consistance ferme, élastique, et laisse sourdre à la pression une multitude de filaments blanchâtres formés de substance caséeuse, s'écrasant facilement entre les doigts. Elle n'est nullement douloureuse et il n'existe aucun engorgement ganglionnaire.

Sur la main gauche, on trouve une ulcération superficielle recouverte de croûtes noirâtres desséchées, et présentant la plus grande analogie avec ce qu'on a décrit à la face chez certains vieillards sous le nom de « noli me tangere ».

Le 20 novembre, on enlève à nouveau la tumeur au moyen de la ligature, on cautérise avec le fer rouge, mais le bourgeonnement reprend avec une nouvelle vigueur au bout de quelques jours. Le malade refuse une cautérisation à la pâte de Canquoin et quitte l'hôpital avec une affection en voie de récidive.

Conclusion.

Cette observation est peu concluante dans un sens ou dans l'autre au point de vue de la malignité de l'affection. La ligature élastique, même suivie d'une cautéri-

sation énergique, permet moins facilement l'extirpation complète d'une pareille tumeur et de ses prolongements, que le bistouri. M. Blum a, du reste, tout à fait abandonné cette façon de procéder et il se trouve bien mieux de l'exérèse immédiate par le procédé sanglant.

Néanmoins, il faut convenir que cette tumeur semblait avoir une certaine malignité, démontrée par ses faciles et rapides récidives.

Observation IX

Epithélioma de la main gauche. Ablation de la tumeur. Pas de récidive locale.

Hôpital Tenon, 1889, service du docteur Blum, salle Delessert. In *thèse* Labiche, 1897.

La nommée V... Aimée, 76 ans, ménagère.

Antécédents héréditaires : Père et mère morts du choléra en 1832.

Antécédents personnels : Bien réglée jusqu'à 53 ans.

A eu six enfants vivants, nés à terme. Un mort à 5 ans, un mort à 21 ans, trois morts en bas âge. Un vivant a 51 ans.

Variole à 18 ans, après quatre vaccinations sans succès ; il y a vingt ans, affection abdominale (1869) ; il y a quatre ans, congestion cérébrale (1885) ; il y a deux ans et demi, traumatisme du bras ; actuellement, la malade a un prolapsus utérin.

Histoire de la maladie :

Il y a quatre ans, la malade a vu, au niveau de l'espace interdigital compris entre le pouce et l'index gauche, une petite tumeur qui avait, suivant la malade, l'aspect d'une « écharde de bois ». La malade l'a enlevée avec une épingle. A cette place même a persisté une petite ulcération. Au bout d'une

année environ, il restait d'une façon permanente une sorte de crevasse qui n'avait aucune tendance à la guérison. De cette crevasse, comme centre, a rayonné le néoplasme qui a constitué une plaie, brûlée alors au nitrate d'argent.

Il y a dix mois (avril 1888) ablation par un chirurgien de cette tumeur ulcérée et sanieuse. L'ablation fut incomplète sans doute, car il restait de petites grosseurs analogues à des champignons. Cicatrisation de la plaie au bout de quinze jours. Après cicatrice, ampoule blanche, démangeaisons. Accroissement progressif de la tumeur depuis un mois, à la suite d'un traumatisme.

Examen de la tumeur sur place :

Atuellement, la tumeur a le volume d'une grosse noix, la peau est mince, parcheminée, pelure d'oignon.

Elancements depuis un mois, par moments.

A la palpation, résistance, pas de fluctuation. La tumeur est mobile sur sa base et semble indépendante des os sous-jacents.

Pas de ganglions, toutefois le pectoral gauche, à la mensuration, est plus gros dans sa masse que le pectoral droit.

La mobilité du doigt est conservée.

Opération le 23 février 1899 :

Chloroforme. Compression de l'humérale, de la radiale et de la cubitale au poignet.

M. Blum circonscrit la tumeur à sa base avec le bistouri, la saisit tout entière ; elle est contenue dans le tissu cellulaire sous-cutané et n'adhère pas aux tissus sous-jacents.

Les muscles de l'éminence thénar sont apparents au fond de la plaie.

Ligatures sur quatre vaisseaux avec fin catgut. Incision libératrice, le long de la face dorsale du pouce, de façon à permettre la réunion.

Cinq points de suture à la face palmaire au niveau de l'espace interdigital. Pas de réunion sur la face dorsale.

Lavage à l'eau phéniquée forte.

24 février. — Pansement. Le lendemain 25 la malade a un accès de dyspnée à 9 heures du soir pendant une heure environ.

26 février. — Pansement, pas de fièvre.

9 mars. — On enlève les fils.

La plaie reste stationnaire, ses bourgeons charnus sont peu vivants. La malade se plaint de diarrhée depuis trois jours. On touche la plaie à la teinture d'iode. Pansement à la vaseline.

13 mars. — Pansement au vin aromatique.

16 mars. — La double plaie a meilleur aspect. La plaie faite sur le dos du pouce par le débridement, bourgeonne. On touche à la teinture d'iode, Pansement à la vaseline.

7 avril. — La malade part au Vésinet.

Rentrée le 7 août 1889, salle Delessert. (A été opérée voilà six mois pour une tumeur de la grosseur d'une petite mandarine siégeant à la base du doigt indicateur au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne.) Début voilà cinq mois par l'apparition d'un noyau induré et donnant lieu à des douleurs lancinantes.

Etat actuel :

Présente sur la face intérieure du creux de l'aisselle une tumeur dure, non fluctuante, présentant dans son milieu un mamelon de la grosseur d'une noix. Ce mamelon est à contour régulier, mais présente des bosselures sur toute sa surface et à son sommet une ulcération de la largeur d'une pièce de 50 centimes, d'où s'écoule une matière crémeuse blanchâtre. La tumeur est adhérente à la peau.

Opération :

Le 10 août 1889, chloroformisation, ablation de la tumeur. Suture aux crins de Florence.

16 août. — On enlève les fils.

20 août. — Depuis l'opération la température a oscillé entre 37° et 37° 6. Le soir du 20 août la température s'est élevée à 38° 1.

9 septembre. — Sortie de la malade.

Examen microscopique de la tumeur de la main : épithélioma.

Durci par l'alcool et coloré au picrocarmin.

A un faible grossissement on voit un tissu fibro-myxomateux, au milieu duquel on aperçoit quelques fibres musculaires striées, écartées les unes des autres et associées par le tissu myxomateux. Dans certaines coupes, on trouve de véritables lacunes, irrégulières, festonnées, tapissées, par un épithélium pavimenteux, analogue à l'épiderme.

La portion libre du néoplasme est recouverte d'une couche épidermique avec des papilles assez allongées. En examinant attentivement cette couche épidermique, on aperçoit, çà et là, les enfoncements qui pénètrent plus ou moins profondément dans les tissus, et qui sont comparables au canal excréteur des glandes sébacées.

A la limite de ces enfoncements, on trouve quelques amés glandulaires isolées. Il paraît probable que ces enfoncements correspondent aux glandes sébacées dépourvues de poils, décrites autrefois par M. Robin à la marge de l'anus.

Les cavités isolées que l'on aperçoit au centre des coupes, sont tapissées par un épithélium tout à fait semblable à celui qui revêt les conduits dont nous venons de parler.

Il est probable qu'elles proviennent des portions terminales de ces conduits, qui auront été privées de leur communication avec l'extérieur, et se seront ensuite largement dilatées.

« De cet examen nous croyons devoir conclure qu'il s'agit de kystes sébacés provenant de ces glandes sébacées spéciales à la marge de l'anus, kystes qui se sont accompagnés de néoformations fibro-myxomateuses. »

Interprétation.

L'observation curieuse qui précède nous semble présenter une petite lacune, en ce sens qu'elle néglige de

nous renseigner sur l'état de la cicatrice datant de la première intervention (23 février 1889).

Il eût été intéressant en effet de savoir si le 7 août 1889 (date de sa rentrée à l'hôpital pour son ulcération axillaire) la guérison de l'épithélioma de la main persistait.

Néanmoins, l'observation étant silencieuse sur ce fait, il est vraisemblable d'admettre que six mois après, il n'y avait pas de récidive locale.

On observe le même silence vis-à-vis de l'état des ganglions de l'aisselle situés dans le territoire de la tumeur ulcérée de cette région, pour laquelle la malade est rentrée à l'hôpital.

Observation X

Epithélioma du dos de la main droite. Opération.

In Archives générales de médecine, docteur Blum, 1883.

J..., âgé de 51 ans, comptable, vient nous consulter en septembre 1882 pour un ulcère de la main droite. Pas d'antécédents héréditaires. Constitution robuste du malade. Six mois auparavant, il vit apparaître sur le dos de la main une verrue de la grosseur d'une lentille, siégeant sur le deuxième métacarpien, vers son extrémité carpienne : tumeur indolente et de la même couleur que le reste de la peau.

Ennuyé de cette production, le malade l'arracha sans qu'il se produisît aucun écoulement sanguin et il se crut guéri pendant une huitaine de jours. Mais au bout de ce temps, survinrent des picotements et la tumeur reparut avec une coloration noirâtre ; à partir de ce moment elle devint le siège de douleurs passagères.

Dans l'espace d'un mois, la tumeur fut cautérisée 4 ou 5 fois

au moyen d'un acide, mais elle reparaissait toujours sous la croûte noirâtre déterminée par le caustique.

Successivement et en vain, on emploie diverses pommades et des emplâtres de Vigo.

Au mois de mai, la grosseur présentait environ un centimètre de diamètre et formait une légère saillie au-dessus des parties voisines. Un mois après, à la suite de cautérisations au nitrate d'argent, la tumeur s'ulcère, augmente encore en surface et le malade vient à Paris.

Etat actuel :

Sur le dos de la main se trouve une ulcération ayant son centre au niveau du corps du premier métacarpien.

Cette ulcération a la forme d'un anneau de 3 centimètres de diamètre environ.

Elle est circonscrite partout, par un rebord d'un centimètre environ d'épaisseur, taillé à pic du côté du centre, et allant en s'amincissant vers la périphérie.

Ce rebord est dur, épais, mamelonné, rouge, et présente dans son épaisseur des points blanchâtres qui semblent constitués par de petites collections de pus. Toute la partie intérieure de ce rebord, celle qui est taillée à pic, sécrète une sanie rougeâtre, sanguinolente, qui décolle peu à peu les tissus.

La partie centrale, en forme d'excavation, est rosée et semble recouverte par une couche d'épiderme mince et lisse, sauf en un point où on trouve une petite croûte qui saigne au moindre contact. La tumeur entière se détache nettement des tissus voisins ; elle est mobile sur les parties profondes et semble comprendre toute l'épaisseur de la peau. Les mouvements des doigts sont libres ; il n'existe point de ganglions engorgés et le malade n'éprouve que peu de douleurs.

La tumeur est enlevée largement au bistouri, la sensibilité des doigts ne se trouve en rien altérée.

Guérison par l'intermédiaire de bourgeons charnus qui recouvrent rapidement toute la plaie.

Le malade n'ayant pas été revu, il est probable qu'il n'y eut pas de récidive, néanmoins il ne saurait y avoir la moindre certitude à ce sujet.

Observation XI

Epithélioma du pouce droit.

Thèse, Lille, Echevin, 1896.

Le 1er juin 1896, le nommé Pierre-Joseph G..., comptable, 75 ans, entre salle Saint-Jean dans le service du professeur Folet, pour une tumeur du pouce.

Aucun antécédent héréditaire. Sa femme est morte d'un cancer stomacal.

C'est en 1870 (*26 ans auparavant*) qu'il faut faire remonter le début des accidents. Le malade âgé alors de 50 ans se blesse avec un couteau par mégarde, il s'ampute la moitié droite de l'ongle droit et les téguments adhérents. Le malade se soigne peu et la cicatrisation se fait très lentement.

Vers 1880, les douleurs au niveau de ce doigt s'accentuent, la cicatrice rougit, se fend, et il se produit, par places, de petites ulcérations qui suppurent. Notre malade voit presque en même temps se développer, dans la matrice de l'ongle et sur la partie médiane, une petite tumeur d'abord indolente puis douloureuse et grossissant petit à petit. Bientôt les ulcérations envahissent toute la partie du pouce privée d'ongle, il s'établit de la suppuration et les douleurs sont assez vives, il applique sans succès cataplasmes, baumes, emplâtres et se décide le 20 juin 1893, à consulter un médecin.

La tumeur était alors de la grosseur d'une noisette ; une moitié de l'ongle restait intacte, l'autre était ulcérée profondément, bourgeonnante, d'aspect fongueux. On fait des cautérisations superficielles au thermocautère mais sans aucun résultat et le 4 novembre 1893, on intervient en procédant à l'ablation

de l'ongle et à l'excision de la tumeur ; après 5 ou 6 pansements, la guérison parait confirmée. Elle n'était qu'apparente.

Le 6 janvier 1894 le malade voit apparaitre sur la partie médiane de nombreux bourgeons charnus, l'ulcération envahit toute la face dorsale du pouce, les douleurs sont vives. Le malade entre dans le service du docteur Folet.

Etat actuel : Homme de 77 ans, actério-scléreux, fort, vigoureux. Pas d'antécédents pathologiques. Etat général excellent. Sur la partie supérieure du pouce droit se trouve une tumeur dépourvue d'épiderme s'étendant presque jusqu'au niveau de l'articulation métacarpienne débordant à droite et à gauche mais laissant absolument intacte la face inférieure du pouce. Cette tumeur a, dans son ensemble, un aspect fusiforme. La partie correspondant à l'ongle est très ulcérée, mais avec un peu de bourgeons. Au contraire la face dorsale et les faces latérales sont envahies par des bourgeons charnus volumineux, mous, friables, séparés par des sillons dans lesquels stagne un liquide purulent jaunâtre. La surface est irrégulière et saignante. La tumeur est indolore à la pression, mais elle occasionne au malade des douleurs spontanées très vives sous forme de lancement passagers.

Pas d'adénopathie épitrochléenne. Un petit ganglion dans le creux axillaire semble indépendant de la lésion. M. Folet écarte la syphilis et la tuberculose et porte le diagnostic d' « épithélioma » du doigt. Le 2 juin il pratique la désarticulation du pouce.

Cette observation est intéressante surtout par la lenteur de l'évolution du néoplasme qui ne décida le malade à consulter un médecin que 23 ans après le début. Après une intervention parcimonieuse la récidive eut lieu dans un laps de temps relativement court : 2 mois, pour amener 2 ans plus tard le docteur Folet à lui pratiquer la désarticulation du pouce. Notons encore l'absence

d'engorgement ganglionnaire franc malgré la très longue durée de l'évolution.

Observation XII

Epithélioma du dos de la main. Opération. Guérison.

Service du docteur Blum, 1896-97.
(Observation de M. Labiche, *Thèse*, Paris, 1897.)

Le nommé Duc... Jean-Claude, 81 ans, ne présente rien dans ses antécédents héréditaires qui puisse être à noter. C'est un enfant naturel dont la mère est morte de vieillesse à l'âge de 82 ans. Ni frère ni sœur. Né à Coinche (Vosges). Etant enfant il avait aux mains une quantité de verrues qu'il se plaisait à brûler ; sauf cette petite infirmité il n'a jamais fait de maladie ; il a été soldat pendant sept années, n'a jamais quitté la France, n'a jamais été même indisposé pendant son service.

Marié en 1843, il perd sa femme en 1870 pendant l'épidémie de variole, il reste avec quatre enfants, quatre filles dont trois sont mortes à l'heure actuelle. La première est morte cardiaque à l'âge de 34 ans, la seconde à 48 ans vers l'âge de la ménopause, la troisième enfin d'une fluxion de poitrine à l'âge de 43 ans. La fille qui vit à l'heure actuelle est bien portante. Comme je l'ai dit au début de cette observation, le malade étant jeune avait beaucoup de verrues et il se rappelle fort bien qu'il les coupait et les brûlait avec du sulfate de cuivre et de l'alcool, dès l'âge de 7 à 8 ans. Tout était disparu, quand voilà 14 ans, le malade s'aperçut que sur le dos de sa main gauche siégeaient trois petites tumeurs grosses comme une lentille, tumeurs que le malade qualifie de verrues. Ces trois « verrues » étaient séparées l'une de l'autre par de la peau qui paraissait saine, mais, dit le malade, elles avaient tendance à se réunir. Elles irradiaient toutes les trois, vers un point central. Ce n'est que voilà trois ans que la tumeur a inquiété le malade. Il a ressenti

des douleurs dans cette lésion, sans œdème ; cependant il est venu consulter le docteur Blum l'an dernier, dans son service de l'hôpital Saint-Antoine et a été admis salle Dupuytren.

Le malade ne présentait à son entrée ni ganglion épitrochléen, ni adénite axillaire.

Sur le dos de la main gauche, vers la partie moyenne, se trouvait une ulcération qui avait une forme arrondie, dont le diamètre pouvait atteindre 3 à 4 centimètre. Cette ulcération présentait un milieu jaunâtre sanguinolent de mauvaise couleur, sanieux, à fond bourgeonnant. Les bords étaient durs, épaissis, taillés à pic et d'une couleur rouge écarlate. De place en place, aussi bien sur les bords qu'à la partie centrale, on apercevait des traînées purulentes et en serrant la plaie dans son ensemble, on voyait filtrer dans ce tissu morbide des gouttelettes de pus mélangées de sang. Les mouvements de la main étaient conservés, le malade n'éprouvait qu'une légère difficulté dans ses mouvements de flexion. Le 16 juin 1896, la tumeur est enlevée largement au bistouri ; les tendons extenseurs sont ménagés avec soin, et huit jours après, le malade quitte l'hôpital radicalement guéri.

Examen histologique de la tumeur.

En allant de la partie saine vers la partie malade, l'on voit peu à peu les papilles du derme devenir plus minces, plus profondes, tandis que les prolongements intercalaires du tissu malpighien s'enfoncent davantage. Ces prolongements sont de formes variées ; tantôt très minces, s'enfonçant à la façon d'un clou dans l'épaisseur du derme ; tantôt épais, sous forme de massue. Vers le centre, enfin, on rencontre un prolongement véritablement énorme avec des bourgeons latéraux nombreux et volumineux. C'est surtout au niveau de ces bourgeons que l'on rencontre des globes épidermiques, qui sont du reste en petit nombre. Dans le reste du tissu dermique, on rencontre des boyaux de cellules épithéliales coupées sous des incidences

variées et formées uniquement de cellules malpighiennes, loin encore d'en être arrivées à la transformation cornée.

Entre ces différents éléments, le derme est infiltré de leucocytes.

Nous avons revu ce malade plusieurs fois depuis :

En octobre dernier (1896), nous l'avons représenté à notre maître, M. Blum, qui n'a pu que constater sa guérison complète ; pas de ganglions dans l'aisselle, pas de récidive sur place.

Le malade est content et assure se bien porter.

Voilà quinze jours (mai 1897), le malade est toujours dans un état satisfaisant. Nous avons relevé chez lui cependant un point intéressant à noter, et que le malade ne présentait pas l'an dernier.

La main gauche est toujours en parfait état, mais, sur sa main droite, nous relevons à la face dorsale trois ou quatre petites tumeurs, ou mieux, trois ou quatre petites plaques grisâtres, d'aspect croûteux, d'une longueur de 1 centimètre sur 5 millimètres de largeur environ.

A la face, nous relevons également quelques points grisâtres, plus apparents surtout à la tempe droite et à la pommette de la joue. A gauche, nous trouvons également deux légers points blanchâtres. Ce sont les « noli me tangere » des anciens que nous trouvons chez ce vieillard.

1er juin. — Nous venons de revoir le malade : sa main ne présente rien d'anormal, les mouvements de flexion et d'extension se font librement et le malade ne se plaint d'aucune rétraction. Sa santé générale est parfaite.

Observation XIII

Epithélioma pavimenteux du dos de la main.

In *Thèse* de Labiche. Service du docteur Nélaton. Hôpital Saint-Louis.

Le nommé Lebl... Louis, cocher, âgé de 55 ans, est entré le 18 mai 1897 dans le service de M. Nélaton, chirurgien à l'hôpital Saint-Louis, pour se faire opérer d'une tumeur qui occupe la face dorsale de la main droite. Cet homme ne présente aucune tare ni héréditaire ni personnelle, pas de maladies infectieuses.

Voilà six ou sept ans, il s'est aperçu par hasard qu'il avait sur la face dorsale de la main droite, entre les deux premiers métacarpiens et vers leur partie moyenne, une verrue. Cette verrue, absolument indolente, est apparue sans cause appréciable, peu à peu, elle a augmenté de volume, mais comme le malade ne ressentait pas de douleurs il n'y attachait aucune importance. Il y a deux ans (1895) elle atteignait le volume d'une grosse noisette ; à cette époque, elle fut arrachée par un coup qu'il reçut de son cheval. La plaie saigna beaucoup et le malade, effrayé sans doute à la vue du sang, saisit la partie arrachée, la replaça rapidement sur la cicatrice en l'y tenant fixée à l'aide de son mouchoir.

Cette opération réussit et la tumeur continua à augmenter de volume et à bourgeonner. Alors, apparurent de la gêne dans les mouvements de la main et quelques démangeaisons : le malade se décida à voir un médecin,

La plaie est brûlée au thermocautère : cette opération a lieu trois fois en trois mois ; dans l'intervalle, la couche superficielle qui avait été brûlée tombait mais il s'en reproduisait une nouvelle et ainsi de suite.

N'obtenant pas d'amélioration, le malade va voir un autre médecin qui lui brûle la plaie au chlorure de zinc et au nitrate d'argent : ce traitement a eu lieu tous les huit jours depuis plus

de dix-huit mois. C'est seulement depuis trois semaines que le malade y a renoncé et qu'il est entré l'hôpital.

Etat actuel : Cet homme, qui occupe le lit n° 21, salle Nélaton, porte une vaste ulcération qui siège sur toute la partie dorsale de la main droite depuis les articulations métacarpo-phalangiennes jusqu'à la première rangée des os du carpe, ne respectant que les tissus recouvrant le quatrième et le cinquième métacarpien et aboutissant en dehors au pli produit par l'interligne du pouce et de l'index. Cette ulcération qui mesure 7 centimètres de largeur sur 6 centimètres de hauteur, empiète même sur les articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du médius.

La partie supérieure de la plaie, c'est-à-dire celle qui se rapproche le plus des os du carpe, présente des bords bourgeonnants : sauf sur cette partie de la plaie, l'ulcération en général est peu bourgeonnante, le fond de la plaie est plat, d'un rouge jaunâtre. Les bords saillants en forme de bourrelets ne dépassent guère 2 centimètres de hauteur ; ils sont durs et le tissu sous-jacent est lui-même fortement induré. En pressant la tumeur on en fait sortir une matière blanchâtre sanieuse.

« Il y a absence complète de tout engorgement ganglionnaire soit du côté du coude soit du côté de l'aisselle. »

Opération : le malade est opéré le lundi 24 mai par M. Nélaton qui circonscrit à distance tout le néoplasme et l'enlève.

Quoique d'une vaste étendue, l'épithélioma est tout à fait superficiel, le tissu cellulaire seul est atteint et encore légèrement. M. Nélaton fait alors à la région épigastrique un lambeau à charnière supérieure, une vraie fenêtre sous laquelle il applique la partie malade de la main et fixe, à l'aide de points de suture, le lambeau au pourtour de la perte de substance de la main. La main ainsi fixée, le malade est mis dans un appareil plâtré. Huit jours après, en faisant le pansement, le plâtre retiré, on s'aperçoit qu'il y a au niveau des fils quelques petits points de sphacèle, dus sans doute à la compression du plâtre. Aussi la plaie fut pansée, mais le plâtre ne fut pas remis ce qui

permit aux tissus nouveaux de mieux s'alimenter et le malade continua à être maintenu dans la même attitude par des tours de bande de toile. Le samedi 5 juin (10 jours après l'opération), la partie du lambeau adhérente au creux épigastrique fut incisée et la main fut ainsi rendue libre. A la section de ce lambeau, deux petites artérioles furent liées sur chacune des tranches.

La plaie était saignante, vivace : il y eut une perte assez considérable de sang au moment de la section.

M. Nélaton, à cause de la vaste ulcération de l'épithélioma de la main chez ce malade, pense que ce lambeau, pris à la région épigastrique, cette greffe d'après la méthode indienne est pour ce malade qui, il est vrai, a eu dix jours d'immobilisation à supporter, d'une réelle utilité. Le malade conserve ainsi une main semblable à sa main primitive sans aucune rétraction et les tendons extenseurs ne sont pas exposés à être englobés dans le tissu de cicatrice.

A l'heure actuelle, 10 juin, le malade est en bonne voie de guérison.

Observation XIV

Epithélioma du dos de la main droite. Ablation. Guérison.

Observation personnelle inédite. Service du docteur Blum, hôpital Saint-Antoine, salle Lisfranc, n° 22.

Veuve Déven..., née Cocard..., journalière, 75 ans. Entrée le 12 mars 1901.

N'a jamais été malade. Voici un an et demi environ qu'elle a remarqué sur la partie externe de la face dorsale de la main droite l'apparition d'une petite verrue. Celle-ci absolument indolente augmenta peu à peu de volume et s'étendit surtout en surface. Six mois environ après le début elle présentait les dimensions d'une pièce de un franc, elle était dure, la malade pouvait la presser entre ses doigts sans éveiller de douleurs

bien vives. Elle n'était spontanément le siège d'aucune douleur ; mais donnait lieu à une sensation de chatouillement assez léger mais persistant. C'est vers cette époque qu'elle s'ulcéra soit sous l'influence de cautérisations, soit sous l'influence du grattage. La malade n'a pu préciser exactement. L'ulcération une fois constituée augmenta d'étendue de mois en mois malgré les traitements les plus variés qui furent essyés : pansements, cautérisations, badigeonnages sur la nature exacte desquels nous n'avons pu être fixés exactement et qui du reste ont eu un rôle irritant avant le moindre soupçon de rôle curateur.

L'étendue de la tumeur grandissait et bientôt la totalité de sa surface ne fut plus qu'une plaie que la malade recouvrait d'un vague pansement.

Elle continuait à vaquer à ses occupations accoutumées, ne souffrait pour ainsi dire pas, était seulement un peu gênée d'une façon toute mécanique dans les mouvements de son poignet.

Elle se décida à entrer à l'hôpital Saint-Antoine, désirant se faire enlever ce « mal » qui la gênait et dont elle était lassée d'espérer la guérison.

Elle fut admise salle Lisfranc, lit n° 22, où nous avons pu l'examiner. Il s'agit d'une femme vigoureuse encore malgré son âge avancé, ne paraissant chargée d'aucune tare. Elle n'a nullement maigri ; l'état de sa nutrition est satisfaisant.

Elle présente sur la moitié externe de la face dorsale de la main droite une vaste ulcération sensiblement plus grande qu'une pièce de cinq francs, à contour assez régulièrement arrondi, paraissant s'être développée aux dépens des éléments de la peau en ce sens qu'elle est mobile sur les parties profondes. Elle occupe exactement la zone comprise entre les deux premiers métacarpiens, la face dorsale du deuxième et atteint même le deuxième espace interosseux ; elle empiète ainsi notablement sur la région de la tabatière anatomique, ne dépassant pas en hauteur le niveau des articulations métacarpo-phalan-

giennes, et n'atteignant pas le pli cutané formant le bord externe de la paume

Les bords sont violacés légèrement, d'une nuance assez pâle. surélevés, bosselés, uniformément durs avec un certain aspect verni, luisant, ils sont assez propres.

La surface même de l'ulcération est terne, d'un gris sale, moins élevée que les bords, présente quelques inégalités, d'aspect grenu dans son ensemble.

Elle saigne peu et laisse suinter un ichor peu abondant et d'odeur désagréable. Autour de l'ulcération la peau a gardé son aspect, sa consistance normale. Il n'y a pas de douleur au toucher ni spontanément.

Le jeu des tendons extenseurs de la main et des doigts se fait normalement. Les mouvements de la main sont un peu moins étendus et moins faciles néanmoins.

Il n'y a pas la moindre trace d'adénopathie épitrochlénne ou axillaire.

Ablation le 15 mars 1901. Compression des artères de l'avant-bras. Incision circulaire en tissu sain, circonscrivant la tumeur régulièrement et intéressant les téguments seuls. Puis soulèvement de la tumeur et extirpation à grands traits de bistouri. La radiale est intéressée ainsi que quelques petites artérioles. Des pinces puis des catguts sont placés. La réunion primitive n'a pu être effectuée complètement en raison des dimensions de la perte de substance, celle-ci s'est comblée peu à peu spontanément et la guérison eut lieu sans autre incident.

Observation XV

Epithélioma de la main gauche. Traitement arsenical et radiographique.

(Observation personnelle inédite).
Service de M. le docteur Blum.

Nom : Gr. Louis, âgé de 76 ans, charpentier en bateaux. Entre le 19 avril 1902, salle Dupuytren, n° 17.

Antécédents héréditaires : père mort à 88 ans, mère à 95 ans.

Antécédents personnels : n'a jamais été malade. Pas de syphilis. Quelques bronchites seulement sans aucune gravité.

Début : il y a environ un an, début par une petite verrue comme la pointe d'une épingle. Le malade la compare tout à fait à une verrue banale, « poireau ». Cette minuscule tumeur siégeait assez exactement sur la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce. Elle était le siège de démangeaisons assez vives quelquefois. Elle grossit peu à peu. Le malade n'y faisait du reste aucune attention.

Vers le 11 novembre 1901, c'est-à-dire sept mois environ après le début, la tumeur était grosse comme une pièce de un franc. Elle s'accroissait surtout vers la face dorsale de la première phalange du pouce en contournant en même temps le côté externe de l'articulation pour gagner la face palmaire. Elle était irrégulière, bosselée et de consistance très dure. Ce fut alors qu'elle s'ulcéra. Cette ulcération, tout à fait minuscule au début, parut se faire spontanément.

Un médecin lui prescrivit un « emplâtre noir » probablement de Vigo (le malade fit cette application une cinquantaine de fois environ). Il prit aussi des bains locaux répétés d'eau phéniquée. Enfin on lui prescrivit une liqueur caustique pour badigeonner une fois par jour le néoplasme.

La plaie s'agrandissait cependant, saignait facilement, surtout quand le malade s'accrochait le pouce en travaillant. Une fois même il tomba dans le fond d'un bateau et s'abîma encore la région malade. Le malade travaillait néanmoins comme autrefois. Les mouvements du pouce et particulièrement de la première phalange sur le métacarpien étaient possibles, quoique diminués. Il n'a pas arrêté le travail jusqu'à son entrée à l'hôpital (un an après le début).

Actuellement le malade présente sur la face dorsale et externe des portions contiguës du métacarpien et de la première phalange du pouce une vaste ulcération proliférante de la dimension d'une pièce de cinq francs environ. Les bords sont

irréguliers, surélevés par rapport aux portions de l'ulcération immédiatement voisine. Ils sont encore durs, mal délimités par rapport aux portions circonvoisines de tissu sain et présentent une coloration rose pâle assez particulière et rappelant la couleur pelure d'oignon. La surface de l'ulcération est irrégulière, végétante, surtout en son milieu, finement grenue. Elle laisse suinter en assez grande abondance un ichor fétide qui se concrète çà et là en croûtelles noirâtres. Sa couleur est rose blafard. Des taches noirâtres assez petites témoignent aussi de la présence d'eschare superficielle. On note au centre, également, des îlots blanchâtres de tissu cicatriciel sous forme de minces pellicules.

Elle saigne de plus très facilement. L'ensemble de la tumeur semble profondément adhérent à l'os sous-jacent et est absolument immobile sur lui.

A la palpation, comparativement avec le côté sain, la première phalange du pouce semble légèrement augmentée de volume. Dans son ensemble le pouce est volumineux, œdématié relativement à celui du côté opposé.

Les mouvements de flexion sont à peine marqués. Les mouvements d'extension sont incomplets. Cette gêne est purement mécanique et la douleur n'entre pas en ligne de compte.

Le pouce se tient au repos dans une demi-pronation et une demi-flexion.

L'éminence thénar correspondante n'a rien de particulier.

Pas de ganglion épitrochléen.

Pas de ganglion axillaire.

Le malade n'a pas maigri. Son appétit est bien conservé. A part cette plaie il semble au malade qu'il se porte tout aussi bien.

Il est à remarquer que le lieu d'apparition de ce néoplasme n'était pas plus soumis qu'un autre à des frottements, du fait des occupations du malade.

Dès son entrée à l'hôpital la plaie fut soumise à des pulvé-

risations phéniquées journalières, dans l'intervalle desquelles on appliqua un pansement sec.

La plaie se détergea rapidement sous l'influence de ce traitement.

Il fut photographié.

Ce malade fut soumis durant quinze jours au traitement radiographique dans le service de M. le docteur Béclère et sans bénéfice appréciable.

C'est alors que M. Blum résolut de tenter les badigeonnages à l'acide arsénieux. Le malade quitta l'hôpital et vint tous les jours se soumettre à ce traitement dans le service. Aucun résultat ne fut obtenu pendant la première quinzaine, la solution employée ayant été, par erreur, filtrée. Actuellement il ne semble pas que ce traitement doive l'amener à la guérison. Depuis trois mois le néoplasme a augmenté légèrement d'étendue.

Observation XVI

Epithélioma du dos de la main gauche. Mort par généralisation.

Service du docteur Blum (1896). *In thèse* Labiche, 1897.

La nommée L..., journalière, 82 ans, entre le 5 janvier 1896 dans le service du docteur Blum, à Saint-Antoine, salle Lisfranc.

Antécédents héréditaires : père mort à 85 ans de vieillesse ; mère morte à 66 ans de fièvre typhoïde.

La malade a eu deux frères : l'un, mort à la suite d'une attaque d'apoplexie à 77 ans ; le second, mort subitement à 74 ans.

Antécédents personnels : a marché à 13 mois, et toujours bien marché, donc pas de rachitisme. A 5 ans a eu la rougeole. C'est la seule maladie que nous relevons dans ses antécédents : elle a été réglée à 17 ans et toujours très régulièrement.

Mariée à 21 ans, elle a eu du même mari huit grossesses. Première grossesse en 1837, grossesse normale comme durée, mais, pendant cette première grossesse comme pendant les sept autres, la malade était « enflée ». Œdème généralisé aux mains, aux pieds, à la figure, etc. Cet œdème commençait vers le cinquième mois de la grossesse pour aller ainsi jusqu'à l'accouchement. Il disparaissait alors progressivement.

La malade ne se rappelle pas si on a examiné ses urines. La première grossesse a donné naissance à une fille, vivante à l'heure actuelle. 2e grossesse en 1839, garçon mort tuberculeux en 1889 à 50 ans, avait une pleurésie en 1867. Pendant la grossesse, même œdème généralisé chez la mère.

3e grossesse en 1841, enfant mort-né ; même œdème généralisé chez la mère ; huit à dix jours après l'accouchement phlegmatia alba dolens qui dura deux mois.

4e grossesse en 1842, garçon vivant à l'heure actuelle, bien portant, même œdème chez la mère.

5e grossesse en 1845, enfant, sexe masculin, mort en 1886 à 41 ans, tuberculeux. Etait malade depuis 1871 à la suite de son séjour en Allemagne comme prisonnier. Etait saturnin.

6e grossesse en 1849, fille morte à 17 ans de fièvre cérébrale.

7e grossesse en 1852, fille bien portante actuellement.

8e grossesse en 1854, garçon bien portant jusqu'à son retour du service militaire ; depuis sujet aux bronchites, aux coryzas, tousse continuellement. Bronchite chronique.

Le mari est mort en 1857 à l'âge de 56 ans.

La malade n'a jamais eu d'autre maladie que sa rougeole à l'âge de 5 ans et sa phlegmatia alba dolens à la suite de sa troisième grossesse. Tous ses accouchements se sont accompagnés d'œdème, dû vraisemblablement à la présence d'albumine dans ses urines et ont été faits par une sage-femme.

En 1887, la malade avait 73 ans, des troubles gastriques apparurent par accès et ont duré deux ans ; ils s'accompagnaient de fièvre. La malade fut vue par M. Huchard à ce moment.

Signalons encore des varices aux membres inférieurs, occasionnant un léger œdème des malléoles à la fin de la journée.

Les organes (foie, cœur, poumons, reins) sont sains. La malade n'a ni albumine ni sucre.

En 1888 apparut, sur la face dorsale de sa main gauche, une tumeur qui siégeait à peu près à égale distance de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index et du milieu de la face dorsale du poignet. Cette tumeur avait l'aspect d'une verrue, verrue que la malade touchait avec de l'alcali. La malade pendant longtemps n'y attacha que peu d'importance, quoique le volume devînt, lentement, il est vrai, mais progressivement plus considérable.

A partir de l'année 1894, le développement de la tumeur s'accrut plus rapidement et une excoriation se produisit, qui amena un écoulement sanguin assez abondant.

La malade voit M. le docteur Marenger qui veut bien nous donner les renseignements suivants : la tumeur à cette époque présentait le volume d'une grosse noix dont la surface était ulcérée. Cette plaie avait des bords durs et irréguliers, bourgeonnants et taillés à pic. Dans le fond de cette ulcération, qui augmentait de plus en plus en profondeur, existaient des végétations qui bourgeonnaient et donnaient assez bien à la lésion la forme d'un champignon ou d'un chou-fleur.

M. Marenger présenta sa cliente au docteur Blum qui conseille en octobre 1895, l'extirpation.

La malade refuse l'intervention ; mais des douleurs excessives apparaissent. Le mal fait des progrès ; il existe de la gêne dans les mouvements de flexion et d'extension de la main, et la malade se fait opérer le 4 janvier 1896 à Saint-Antoine par le docteur Blum.

L'ablation large de la tumeur eut lieu par le procédé elliptique. Le raclage de la partie sous-jacente fut fait. On fit deux ou trois points de suture et la guérison eut lieu dans un délai de quelques jours.

En juillet 1896, *six mois après l'opération nous revîmes cette*

malade, elle était ravie de l'opération et s'avouait très bien portante.

Nous avons appris depuis que la malade avait succombé. M. le docteur Marenger a bien voulu nous donner les renseignements suivants sur la fin de sa cliente : Elle est morte en novembre 1896 après avoir présenté des signes manifestes de généralisation épithéliomateuse avec mélœna et hématémèses. A aucun moment la malade n'a présenté d'infection de son ganglion épitrochléen, ou de ceux de la région axillaire, mais elle a succombé à la suite de congestion pulmonaire qui avait débuté dans le poumon droit et qui s'est généralisée à gauche.

Examen histologique de la tumeur.

Grâce à l'obligeance de M. Leray, chef du laboratoire de M. Blum, nous sommes à même de rendre compte de l'examen histologique de la tumeur.

Voici ce que l'on constate sous le microscope : la tumeur présente le type de l'épithélioma lobulé. Du corps muqueux de Malpighi partent des prolongements de forme irrégulière avec bourgeons multiples qui s'enfoncent dans la profondeur du derme, bourgeons d'autant plus profonds qu'on se rapproche du centre de la tumeur. Entre le tissu sain environnant et le tissu malade envahi par le néoplasme, il existe une démarcation très nette : brusquement on aperçoit le corps muqueux de Malpighi qui envoie des prolongements ramifiés dans la profondeur du derme ; et à côté sans transition, dans la partie saine, la structure de l'épithélium de revêtement est restée normale.

Dans les parties centrales superficielles, on remarque des couches très épaisses de cellules cornées. Le derme sous-jacent est infiltré de leucocytes ; mais ce que cet épithélioma présente de particulier, c'est le nombre notablement surprenant de globes épidermiques que l'on rencontre plongés dans le derme, globes, du reste, de grosseur variée et présentant différents stades de leur évolution.

Les plus anciens globes épidermiques présentent à leur centre des cellules cornées, difficilement reconnaissables,

tandis que les plus jeunes sont uniquement constitues de cellules malpighiennes.

Nous en comptons jusqu'à vingt-cinq dans le champ du microscope, avec un grossissement de six diamètres.

Les globes épidermiques les plus anciens et les plus nombreux se trouvent vers la partie centrale, et ils sont d'autant plus âgés et en plus grande quantité, qu'on s'approche davantage de ce centre.

Avec l'auteur de l'observation, nous conclurons que l'intérêt qui s'en dégage réside dans la rapidité avec laquelle se fit la généralisation épithéliomateuse.

Tumeur débutant en 1888, s'accroissant rapidement à partir de 1894, extirpée en janvier 1896 et entraînant la mort par généralisation dix mois après.

Observation XVII

Epithélioma du pouce développé sur une cicatrice. Amputation de l'avant-bras.

In *Bulletin de la Société anatomique de Paris.* (Barbey, 1883.)

Le nommé Peter, 49 ans, entre le 8 mars dans le service de M. Monod, à Ivry.

Le malade a perdu son père d'une tumeur assez volumineuse du corps thyroïde, tumeur qui s'ouvrit dans la trachée et produisit des accès de suffocation qui entraînèrent la mort.

La mère du malade est morte d'une tumeur de l'orbite, tumeur qui fut enlevée deux fois et qui emporta la malade avec des accidents cérébraux lors de la troisième récidive.

A l'âge de 4 ans, le malade mit le feu à ses vêtements et se fit des brûlures étendues au cou, au bras, à l'avant-bras et à la main. Les cicatrices subsistèrent sans rien présenter de particulier jusqu'il y a deux ou trois ans.

Il y a deux ou trois ans, les cicatrices devinrent douloureuses au moment des grands froids. Sous l'influence du frottement des vêtements, quelques-unes s'enflammèrent même et suppurèrent en différents points.

Au mois de février 1882, il y a un an à peu près, il survint sur la face palmaire du pouce une ulcération assez profonde sur une cicatrice ancienne. Cette ulcération peut être attribuée aux frottements répétés de ces gros ciseaux dont se servent les tailleurs, ciseaux qui froissaient continuellement la cicatrice.

Au bout de quelques semaines, une sorte de durillon épidermique vint à tomber, et sous lui il se développa une sorte de chou-fleur rouge et saignant facilement, présentant au début une grande analogie avec des bourgeons charnus exubérants. A partir de ce moment, des bourgeons de même nature se produisirent sur les cicatrices du pouce et de la partie inférieure de l'avant-bras.

Les mouvements du pouce deviennent de plus en plus difficiles, l'ulcération gagne en profondeur et le malade, après avoir subi des cautérisations répétées sur la tumeur, résolut d'entrer à l'hôpital pour se faire amputer l'avant-bras.

L'éminence thénar, et la partie du pouce qui lui correspond, était rosée, saignante, et une tumeur fongueuse existait, laissant suinter un liquide sanieux et très fétide. L'amputation est pratiquée le 13 mars. Les ganglions axillaires sont absolument indemnes. Le néoplasme, qui n'a pas dépassé la peau en certains points, a, dans d'autres, détruit les muscles sous-jacents et a enfin envahi d'une profondeur de 5 à 6 millimètres le premier métacarpien.

Examinée au microscope, la tumeur nous apparaît comme un épithélioma pavimenteux lobulé ; çà et là des globes épidermiques très nets ; enfin l'épithélioma prend la forme papillaire dans les points où il y a ulcération, d'assez longs boyaux vont de la périphérie porter au centre de la tumeur des cellules en grand nombre.

Conclusion

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue :

L'hérédité paraît y jouer un certain rôle, le père et la mère étant morts de tumeurs.

Il s'agit d'un épithélioma développé sur une cicatrice.

Le néoplasme s'est développé rapidement, en un an il a envahi en surface l'étendue de deux pièces de 5 francs environ et a altéré le premier métacarpien. Malgré ces caractères, l'observation mentionne l'absence complète de ganglions axillaires.

Il s'agit enfin d'un épithélioma de la face palmaire de la main constituant ainsi une exception.

Observation XVIII

Epithélioma pavimenteux lobulé du dos de la main. Propagation par le nerf cubital.

In *thèse*, Oisy, Paris, 1890.

Auguste A..., 65 ans, vigneron, employé à l'Hôtel-Dieu de Nantes, n'a jamais été malade sauf quelques douleurs rhumatismales.

A l'âge de 8 ans il se luxa le coude droit ; la luxation mal réduite a persisté.

A 18 ans il tombe de cheval et se fracture le poignet du même côté.

Trois mois après il entrait à l'Hôtel Dieu de Nantes, portant sur le dos de la main droite une petite tumeur d'aspect noirâtre.

Une pommade caustique appliquée par un guérisseur produisit une large plaie qui se cicatrisa.

Il y a 8 ans A... s'aperçut qu'il se développait sur sa cicatrice au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt une nodosité non douloureuse de la grosseur d'une verrue. Trois cautérisations au fer rouge, par le docteur Chenantais (de Nantes) furent faites à plusieurs années d'intervalle sans résultat.

En 1885, le docteur A. Malherbe consulté porte le diagnostic d'épithélioma et enlève au bistouri les parties malades, désarticulant le petit doigt et son métacarpien. Cicatrisation en trois semaines.

Quelques mois après on apercevait un empâtement douloureux à la pression et une légère rougeur au niveau de la plaie : ces souffrances gagnèrent progressivement le poignet et l'avant-bras puis le coude.

Les ganglions axillaires étaient sains, mais vu les douleurs atroces le bras fut amputé en 1888. Le malade guérit : aujourd'hui la cicatrice n'offre aucune trace de récidive.

Examen de la pièce :

On tombe en incisant sur des masses granuleuses blanchâtres ayant un éclat nacré, au milieu desquelles on est tout surpris de rencontrer le nerf cubital qui atteint à peu près la grosseur du petit doigt.

La tumeur enlevée par M. A. Malherbe comprenait les parois de la plaie et une certaine épaisseur de tissu du dos de la main. En faisant des coupes on constate l'existence, au milieu d'un tissu fibreux très dense, de « masses épithéliales à cellules fortement dentelées et ressemblant aux cellules du corps muqueux de Malpighi ».

Cette observation témoigne d'une malignité très réelle, et exceptionnelle il est vrai de l'épithélioma sénile.

Contrairement à ce que l'on observe généralement, la

récidive a eu lieu, elle a eu lieu rapidement, elle a eu une marche franchement envahissante et a nécessité l'amputation du bras.

Une pareille tumeur, à part l'absence de ganglions axillaires, ne paraît différer en rien, au point de vue purement clinique, de l'épithélioma classique tel que nous le connaissons, et doit être distraite de la variété d'épithélioma si spéciale dont nous nous sommes efforcé de préciser les caractères.

TABLEAU RÉCAPITULATI

N° de l'observ.	NOM du CHIRURGIEN	NOM du MALADE	Age	Age du néoplasme	Durée du traitement m
1	Szzokalski, 1853.		48		
2	Verneuil, 1854.	Mme X...	60	14 mois.	7 à 8 moi
3	Verneuil, 1854.	M. Y...	57	13 mois.	
4	Lebert, 1857.	M. Z...	50	7 ans env.	
5	Bæckel, 1865.	Schmutz Cat.	76	1 an.	
6	Demarquay, 1869.	Femme X...	»	6 ans.	15 mois.
7	Dumenil, 1872.	Femme H...	65	14 ans.	
8	Blum, 1883.	H...	80	2 ans.	3 ans env
9	Blum, 1889.	Villen... A...	76	4 ans.	
10	Blum, 1883.	J...	51	6 mois.	3 ans.
11	Echevin, 1896.	Joseph G...	75	26 ans.	
12	Blum (Th. Labiche), 1896-97	Duc. J.-Cl.	81	14 ans.	2 ans.
13	Nelaton (Th. Labiche).	Lebl. L...	55	7 ans.	
14	Blum, 1896.	Deven...	75	1 an 1/2.	7 mois.
15	Blum, 1902.	Gr.,. L.	77	1 an.	
16	Blum, 1896.	Femme L...	82	8 ans.	
17	Barbey, 1883.	P...	49	2 ou 3 ans.	
18	Oiry, 1890.	A...	65	8 ans.	8 ans.

ES OBSERVATIONS

Mode d'ablation chirurgicale	Evolution, Terminaison	Particularités.
N'a pas été tentée.		
xtirpation du doigt.	?	Absence de tout engorgement gangl.
«	Mort par choléra.	Verrue, aucun engorg. gangl.
Ablation simple.	?	Verrue, cancroïde papill. des deux mains.
Extirpation simple.	Guérison.	Aucun engorg. gangl., cancer développé des gl. sudoriques.
l. du 1[er] et 2[e] métacarp.	?	
Ablation simple.	Mort par cachexie.	Pas d'engorg. gangl. au début, plus tard dégénérescence des gangl.
Abl. ligat. élastique.	Récidive. Ablat. nouv.	Aucun engorg. ganglionnaire.
lation à deux reprises lifférentes.	Pas de récidive six mois après.	Pas de ganglions axill. et épitrochléens.
Abl. au bistouri.	Non revu.	Verrue, pas de ganglions.
l. simple des art. du pouce.		Pas d'adénop. épitochléenne, un petit gangl. axillaire.
Abl. large au bistouri.	Guérison complète.	Verrues, pas d'adénopathie.
Ablation, greffe.	?	Absence d'engorg. gangl.
Ablation large.	?	Pas d'engorg. gangl.
ait. arsénical. Rayons X		Verrue, aucun engorg gangl.
Ablation au bistouri.	Mort par généralisation	Verrue.
nputation de l'av.-bras.		Pas d'adénopathie (sur cicatrice).
ésartic. du petit doigt et métacarpien.		Pas d'adénopathie.
nputation de l'av.-bras.		Propag. au nerf cubital.

CONCLUSIONS

Nous croyons pouvoir tirer de l'ensemble de ce travail les déductions suivantes :

1° Il existe une variété d'épithélioma, apparaissant dans l'âge mûr ou la vieillesse, siégeant sur la face dorsale de la main et ayant une marche très lente.

2° La tumeur prend naissance aux dépens de l'épithélium de la peau ou des glandes annexes. Son étiologie est peu connue, elle débute le plus souvent sous le mode verruqueux.

3° Il y a très peu de tendance à l'envahissement ganglionnaire malgré le développement progressif et continu du néoplasme.

4° On note un minimum de symptômes fonctionnels et pour ainsi dire jamais de phénomènes généraux de cachexie.

5° La généralisation est absolument exceptionnelle. La récidive n'est pas rare.

6° Le seul traitement c'est d'agir chirurgicalement avec le bistouri, et d'opérer largement.

Vu : Le Président de la Thèse
TILLAUX

Vu : Le Doyen
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

LEDRAN. — Mémoires de l'Académie de chirurgie, t. III. Paris, 1757.

BAYLE et CAYOL. — Dict. des sciences médicales, t. III, Paris, 1757.

BEHRENDS. — Production cornée de la main. Archives de médecine, 1827.

MARJOLIN et BLANDIN. — Cancer mélanique de la main. Journal hebdomadaire de médecine, 1829.

STENHAUSEN. — Production cornée de la main. Gazette des hôpitaux, 1837.

LISTON. — Intractable tumour of the hand. The Lancet 1837-37.

JOBERT DE LAMBALLE. — Cancer de la main. Gazette des hôpitaux, 1843.

NÉLATON. — Eléments de pathologie chirurgicale, 1844.

DENONVILLIERS. — Ulcère cancéreux d'un doigt. Bull. de la Soc. anatomique, 1843.

HUGHES BENNET. — On cancerous and cancroïd growth. Edimbourg, 1849.

HUGUIER. — Carcinome de la main droite. Gazette des hôpitaux, 1850.

MAYOR. — Tumeur épidermique. Th., Paris, 1846.

MICHON. — Du cancer cutané. Thèse de concours, 1848.

BROCA. – Tumeurs dites cancéreuses. Th., Paris, 1849.

JARJAVAY. — Cancroïde de la paume de la main. Th., Paris 1850.

HANNOVER. — Das epithelioma. Lips., 1852.

ROBIN. — Considérations sur les lésions des glandes sudoripares. Gazette des hôpitaux, 1852.

CHASSAIGNAC. — Cancer de la main. Abeille médicale, 1852.

SZOKALSKI. — Cancroïde de la main. Bulletin de l'Académie de médecine, 1853.

PAGET. — Traité des tumeurs, 1853.

VERNEUIL. — Maladies des glandes sudoripares. Archives générales de médecine, 1854.

VERMONT. — Tumeurs des doigts. Th., Paris, 1855.

BERGOT. — Tumeur cornée du dos de la main. Bulletin de la Société de chirurgie, 1855.

MONOD. — Cancer mélanique du pouce. Gazette des hôpitaux, 1855.

DUPUY. — Du cancroïde ou cancer épithélial. Th., Paris, 1855.

VIRCHOW. — Trois cas de cancroïde, Gazette médicale de Paris, 1855.

LEBERT. — Cancroïde papillaire des deux mains. Anatomie pathol. générale et spéciale, 1857.

PARMENTIER. — Tumeurs épithéliales de la main. Bulletin Société anatomique, 1858.

ERICHSEN. Epithelioma of the hand. The Lancet, 1859.

HUGUIER. — Cancroïde des glandes sudoripares. Bull. de la Société de chirurgie, 1860.

HEURTEAUX. — Du cancroïde en général. Th., Paris, 1860.

— Article « cancroïde ». Dict. Jaccoud.

LAWRENCE. — Cancroïd induration of the hand. Lancet, 1863.

VELPEAU. — Cancroïde du dos de la main. Gazette des hôpitaux, 1863.

BOECKEL. — Cancer épithélial du dos de la main. Gazette des hôpitaux, 1865.

Moriggia. — Production cornée de la main. Gazzetta medica di Torino, 1866.

Tillaux. — Névromes multiples faux. Th. d'agrégation, 1866.

Spencer Watson. — Epithelioma of the hand. Medical Times, 1866.

Sédillot. — Tumeur épidermique et cancéreuse de la main. Contribution à la chirurgie, 1868.

Demarquay. — Tumeur cancroïdale de la main. Gazette des hôpitaux, 1869.

Follin. — Traité élémentaire de pathologie externe, 1869.

Polaillon. — Dictionnaire encyclopédique, article « Main », 1871.

Heurteaux. — Productions cornées de la main (cornes). Dictionnaire de médecine et chirurgie, 1872.

Dumeuil. — Epithélioma du 5e métacarpien. Bulletin de la Société de chirurgie, 1872.

Dubuclet. — Essai sur l'épithélioma du pied. Th., Paris, 1874.

Monory. — Tumeurs solides des doigts. Th., Paris, 1878.

Rigaud. — Epithélioma disséminé. Th., Paris, 1898.

Reclus. — Pathologie externe, t. I.

Janzion. — Epithélioma des cicatrices. Th., Paris, 1876.

Cartaz. — Cancroïde développé au doigt sur du psoriasis. Bulletin de la Société anatomique, 1877.

Cosson. — Etude sur quelques tumeurs de la main. Th., Paris, 1879.

Demay. — Tumeurs de la main. Th., Paris, 1880.

Davillé. — Epithélioma des orteils. Th., Paris, 1880.

Blum. — Chirurgie de la main, 1882.

Blum et Mathias Duval. — Archives générales de médecine, 1883.

Desfosses. — Théorie épithéliale du cancer. Th., Paris, 1882.

Hutin. — De l'épithélioma lobulé. Th., Paris, 1881.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Broca. — Cancroïdes cutanés. Gazette de médecine et de chirurgie, 1889.

Oiry. --- Epithélium pavimenteux et nerf cubital. Th., Paris, 1890.

Scemaud de Giallouly. — Traité des tumeurs épithéliales. Th., Paris, 1895.

Niquet. — Causes du cancer. Th., Paris, 1895.

Echevin. --- Epithélioma des doigts. Th., Lille, 1896.

Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie, 1897.

Labiche. — Epithélioma de la main. Th., Paris, 1897.

Brocq et Besniér. --- La pratique dermatologique, 1901.

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE)



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN